



Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Dos Cuidados de Saúde Primários à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (1979-1999)

- Uma Abordagem na Perspectiva dos Actores -

Dissertação elaborada com vista à obtenção do
Grau de Mestre em Ciências da Educação na
Especialidade de Educação para a Saúde

Orientador: Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

Júri: Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos, Presidente
Professora Doutora Maria do Céu Lourinho Soares Machado, Vogal
Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz, Vogal
Professor Doutor António José Mendes Rodrigues, Vogal

Bárbara Hermengarda do Vale Frias Madureira da Costa Neves Fonseca

2011

Orientador: Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

Júri: Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos, Presidente

Professora Doutora Maria do Céu Lourinho Soares Machado, Vogal

Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz, Vogal

Professor Doutor António José Mendes Rodrigues, Vogal

Agradecimentos

Ao longo dos últimos meses, fui acumulando várias dívidas de gratidão.

Em primeiro lugar, cumpre-me agradecer ao Professor Doutor Alves Diniz que, sem hesitação, se disponibilizou para orientar esta tese e cujas doudas indicações muito ajudaram na sua construção. E também ao Mestre António Rodrigues, pelo tempo que, generosamente, me dedicou, pelos preciosos conselhos, apoio e compreensão.

Aos meus entrevistados, exemplos de dedicação e profissionalismo, pela sua disponibilidade, simpatia e entusiasmo, apesar das agendas preenchidas. Um agradecimento especial a PRS, pela estima que, entretanto, foi crescendo.

A Ana Cristina e Mário Baptista, pela célere revisão do *abstract*, vinda do outro lado do Atlântico, numa altura em que a filha recém-nascida lhes exigia todo o tempo do mundo.

Ao Dr. Ângelo Sousa, da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, pela bibliografia disponibilizada.

À Direcção da Escola Profissional de Educação para o Desenvolvimento, pelo apoio incondicional de mais uma etapa da minha valorização pessoal e profissional. É com muito orgulho que faço parte do corpo docente desta escola de excelência.

Às colegas de mestrado Beth Schau, pela energia positiva; Ema Perdigão, pela boa disposição e pragmatismo; e Vera Agostinho, pelo companheirismo e amizade.

À querida colega e Amiga Carla Agria, meu anjo da guarda, pelas suas orações, que sempre me guiam.

Aos muitos amigos que me mantêm sã, obrigando-me a viver para além do trabalho. Pelas inúmeras festas, viagens e gargalhadas que partilhamos.

Por último, um agradecimento muito especial dirigido à Família.

Aos Pais, por terem feito do meu sucesso educativo, no seu mais profundo e verdadeiro sentido, a sua prioridade de vida. E também pelas pertinentes sugestões e permanentes incentivos.

À Avó Glória, por me lembrar da importância das pausas e do descanso.

Ao Carlos, pela generosidade e paciência. Por ser o contrapeso que me mantém equilibrada. E por me ensinar que nada é impossível; porque tudo está, apenas, à distância de um simples “fazer acontecer”.

Dedicado a Joaquina Prates, minha primeira professora de Química. Pelo seu elevado grau de exigência e avançada pedagogia. E, principalmente, porque a sua total dedicação à docência e o seu inesgotável carinho para com os alunos foram, seguramente, muito superiores ao deontologicamente exigido a um professor.

Índice de Siglas

ARS – Administração Regionais de Saúde
CAE – Centro de Administração Escolar
CAN – Centro de Apoio Nacional às EPS
CCPES – Comissão Coordenadora da Promoção e Educação para a Saúde
CE – Comissão Europeia
CEE – Comunidade Económica Europeia
CEPD – Centro de Estudos de Profilaxia da Droga
CMP – Centro de Medicina Pedagógica
CRSE – Comissão de Reforma do Sistema Educativo
CS – Centro de Saúde
DGCSP – Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direcção Geral de Saúde
DRE – Direcção Regional de Educação
DSSEO – Direcção de Serviços de Saúde Escolar e Ocupacional
EPS – Escola Promotora de Saúde
GPCCD – Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga
ME – Ministério da Educação
MJ – Ministério da Justiça
MS – Ministério da Saúde
OMS (WHO) – Organização Mundial de Saúde
PCM – Presidência do Conselho de Ministros
PIDDAC – Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central
PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
PNV – Plano Nacional de Vacinação
PPES – Programa de Promoção e Educação para a Saúde
PV – Projecto VIDA
PVE – Projecto “Viva a Escola”
RNEPS – Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde
REEPS – Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SMP – Serviço Médico à Periferia

SMS – Serviços Médico-Sociais

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

USF – Unidades de Saúde Familiar

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Resumo

A Educação para a Saúde, como produto da “intersecção entre as ciências biológicas e as ciências do comportamento”, é, desde o início, em Portugal, o resultado do relacionamento entre duas entidades ministeriais: a Saúde e a Educação. E essa é também, por consequência, a marca genética que mais ressalta na abordagem a que nos propusemos levar a cabo.

Tendo por base a experiência pessoal, única e irrepetível, de alguns dos principais actores, dos diversos programas inseridos na problemática da Educação para a Saúde, durante os trinta anos posteriores ao 25 de Abril, as entrevistas realizadas no âmbito desta tese de dissertação de mestrado pretendem veicular a recuperação da memória de quem teve acção preponderante e/ou determinante na elaboração, direcção, coordenação e execução das políticas educativas atinentes.

Desde os Cuidados de Saúde Primários à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), passando pela Estratégia Regional Europeia “Saúde para todos no Ano 2000” e a Carta de Ottawa, o caso português percorre os Projectos VIDA e “Viva a Escola”, para além do Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES).

Ao entrevistarmos alguns dos seus principais actores, a nível nacional, regional e local, procurámos, para além das suas visões particulares, perceber, também, os impactos de âmbito pessoal, profissional e familiar que a problemática da Educação para a Saúde produziu em cada um deles.

Palavras-Chave: Educação, Saúde, Escola, Projectos, Promoção da Saúde, Políticas Educativas.

Abstract

The Education for Health, as a product of an “intersection between the biological and the behavioural sciences”, is, in its origins, in Portugal, the result of the relationship between two ministerial entities: Health and Education. As a consequence, that is also the most noticeable genetic print of the approach we have proposed to conduct.

Having as the basis the personal, unique and unrepeatable experience of some of the principal actors, in the several programs on the subject of Education for Health, during the thirty years after the “25th April”, the interviews carried out in the scope of this Master’s Degree thesis, intend to recovery the memory of those who had determinant action in the elaboration, direction, coordination and execution of the concerning educational policies.

From the Primary Healthcare to the National Network of Healthcare Promoting Schools, including the European Regional Strategy for Health for All by the year 2000 and the Ottawa Letter, the Portuguese example goes through the Projects “VIDA” and “Viva a Escola”, as well as “Programa de Promoção e Educação para a Saúde” (Program of Promotion and Education for Health).

While interviewing some of its principal actors, at the national, regional and local levels, we tried to understand not only their particular vision but also the impact of personal, professional and familiar sphere that was produced in them by the subject of Education for Health.

Keys-Words: Education, Health, School, Projects, Health Promotion, Politics of Education.

Índice

Capítulo I - Introdução

1. Introdução	11
2. Problemática	13

Capítulo II – Revisão da Literatura

1. A Sociedade Portuguesa e o Processo Educativo	19
1.1 A Reforma Veiga Simão (1971-1973)	19
1.2 A Revolução e a Gestão Democrática das Escolas (1974-1976)	20
1.3 A “Normalização” do Estado de Direito (1976-1986)	21
1.4 O Processo de Centralização Burocrática (1987-1999)	22
2. A Evolução Internacional no Âmbito da Saúde	23
2.1 A Reunião de Alma-Ata e os “Cuidados de Saúde Primários”	23
2.2 A Estratégia Regional Europeia “Saúde para Todos no Ano 2000”	24
2.3 A “Carta de Ottawa” e a Reformulação do Conceito de Promoção da Saúde	29
2.4 A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS)	30
3. A Experiência Portuguesa	32
3.1 O Serviço Nacional de Saúde (SNS)	33
3.2 Os Cuidados de Saúde Primários	35
3.3 A Saúde Escolar	36
3.4 O Projecto VIDA	37
3.5 O Projecto “Viva a Escola” – Projecto Piloto de Prevenção Primária, não específica, da Toxicodependência	39
3.6 O Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES)	41
3.7 A Cronologia da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS)	44
4. I Congresso Nacional de Educação para a Saúde	46

Capítulo III – Metodologia

1. Paradigma da Investigação	49
2. Método da Investigação	49
3. Técnica da Entrevista	51
3.1 Pressupostos da Entrevista	52

3.2 Actores	53
3.3 Instrumentos de Investigação	54
3.4 A Entrevista	55
3.4.1 Os Entrevistados	55
3.4.2 O Guião da Entrevista	56
4. Fundamentos Teóricos da Entrevista	58
 Capítulo IV – Discussão de Resultados	
1. Reformulação das Áreas de Inquirição	61
2. Análise Crítica das Entrevistas	62
2.1 Saúde e Educação – Dois Processos Desiguais	62
2.2 Uma Visão Crítica Sobre os Discursos	68
 Capítulo V – Conclusões e Recomendações	
1. Conclusões	125
2. Recomendações	133
 Bibliografia	 134
 Documentos	 138
 Legislação	 141

Capítulo I – Introdução

1. Introdução

A presente tese de dissertação de mestrado na área das Ciências da Educação, variante Educação para a Saúde, resulta do diálogo em boa hora encetado à volta de uma outra hipótese, rapidamente ultrapassada por carecer de massiva aplicação de métodos quantitativos, incompatíveis com o calendário disponível.

Ainda assim, a presente solução não é uma segunda escolha, nem, de modo algum, uma dissertação alternativa porque esta foi a única viável, supostamente original (pelo menos, assim o cremos) e perfeitamente ajustada ao objectivo inicial. E, acima de tudo, porque mal foi desenhada, foi imediatamente desejada e assumida sem quaisquer reservas.

E de tal modo o foi, que não vale a pena, agora, levantar questões pela outra porque dela já nos esquecemos completamente. *“Chaque jour nous laissons une partie de nous-même en chemin”*. Isto dizia Amiel – que não era conhecido por ser um grande perdulário – numa frase feliz que Torga tomou por divisa.

“Caminante, no hay camino, se hace camino al andar”, dizia também um outro grande senhor, o poeta sevilhano António Machado. E esta é uma verdade que os grandes caminhantes não desconhecem, porque se o caminho se faz caminhando então para conhecer o caminho é imperioso saber-se ouvir aqueles que o percorreram.

E a longa estrada **Dos Cuidados de Saúde Primários à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (1979-1999)**, terá sido um percurso, como qualquer outro, aberto umas vezes, mais fechado outras; com muitas boas rectas mas, também, algumas curvas mais apertadas. Quiçá mesmo, com uma ou outra paragem, um ou outro acidente, algum inexplicável retrocesso.

Ouvir esses caminhantes, principalmente os que carregaram às costas, em cada uma das etapas, as mochilas mais pesadas, não é apenas uma questão de justiça mas, principalmente, uma questão de bom senso. Isto porque, tendo a caminhada tido o seu início há mais de trinta anos, daqui a pouco, por mais que queiramos, já não iremos a tempo de ouvir ninguém. É a vida, diria alguém que também teve grandes responsabilidades na área.

Mas, dando continuidade à metáfora, voltemos à estrada, apenas para acrescentar que nem só de bons caminhantes se faz a boa caminhada. Isto porque são o estado do terreno e a meteorologia, isto é as condições objectivas, que impõem o tipo de calçado, os ritmos e a velocidade.

2. Problemática

Antes de irmos mais além, entendemos ser conveniente começarmos por afinar alguns conceitos inerentes à problemática que vamos abordar, nomeadamente, a trindade: Saúde, Promoção de Saúde e Educação para a Saúde. E fazemo-lo, antes de mais, porque, ao longo das entrevistas que realizámos, pelo menos os dois últimos conceitos nem sempre nos pareceram ter sido utilizados com a necessária propriedade e rigor.

Assim, diremos que durante muitos anos, o conceito de Saúde foi claramente definido em oposição à doença. E essa dicotomia simplista, assente no facto de que “ter saúde é não estar doente”, teve contornos históricos, culturais e filosóficos que acabaram por chegar até quase aos nossos dias. Na verdade, somente na Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (URSS, 1978), da qual resultou a Declaração de Alma-Ata, é que se definiu o primeiro conceito de Saúde em termos positivos: “estado de completo bem-estar físico, mental e social”.

Tinham-se passado trinta anos desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS), na carta de princípios de 7 de Abril de 1948 (Dia Mundial da Saúde), afirmara que a saúde não era apenas a ausência de enfermidade e que era a obrigação dos Estados promover e proteger a saúde dos seus cidadãos (Scliar, 2007).

Parece um pequeno passo, mas trata-se, de facto, de um grande avanço. É que a Saúde, a partir daí, deixou de ser um simples estado para passar a ser um processo. Um processo integrado, dinâmico e evolutivo, enquanto reflexo da conjuntura social, económica, política e cultural, que nos acompanhará ao longo da vida (Scliar, 2007). Processo essencialmente holístico porque não pode deixar de ter em conta, igualmente, as várias dimensões endógenas do indivíduo, quer sejam físicas, psíquicas ou espirituais (Antunes, 2008).

Ora, é esta passagem de um modelo claramente patogénico (centrado na prevenção da doença) para um modelo salutogénico (centrado na promoção da saúde) que irá permitir aumentar o grau de decisão e participação das pessoas e das comunidades na melhoria das condições gerais de saúde (Nunes, 2000). Deste modo, a saúde passa a ser um recurso para a vida que o indivíduo dispensa a si próprio e também aos outros.

De todas as definições de saúde parece oferecer consenso a *“capacidade de cada Homem, Mulher ou Criança para criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao seu bem-estar”* (Déjours, 1986, cit. in Navarro, 2000).

Quanto à Promoção da Saúde, nada melhor do que nos socorrermos da Carta de Ottawa para a definir como o *“processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”* (OMS/WHO, 1986).

E, no entanto, desde há muito que é consensual, na comunidade científica, que a problemática da saúde não é uma mera questão médica. Porque nem a medicina nem o desenvolvimento tecnológico serão algum dia suficientes para resolver todos os problemas de saúde, muitos dos quais estão claramente a montante da eclosão das situações mais agudas e urgentes. Assim sendo, a qualidade da saúde das populações, nos últimos trinta anos, está visivelmente associada ao evoluir de uma condicionante importante – a Promoção da Saúde, a qual é enquadrada por três grandes marcos de referência:

- A Declaração de Alma-Ata (1978), que considera a saúde como um recurso que implica, para além dos Serviços de Saúde, o envolvimento das populações;
- A Estratégia Regional Europeia “Saúde Para Todos no Ano 2000”; e

- A Carta de Ottawa, que, para além do controlo individual da saúde, define uma nova estratégia actuando sobre os grupos onde o indivíduo se insere, bem como a intervenção sobre os factores que influenciam a saúde.

Paralela e concomitantemente, a eclosão simultânea de dois fenómenos sociais de cariz global vieram agudizar, ainda mais, a urgência de políticas concertadas de Promoção de Saúde: a proliferação das drogas e o aparecimento do VIH/SIDA.

Portugal, como membro activo da OMS, aderiu, desde a primeira hora, às políticas preconizadas por essa organização, e dirigidas pelo gabinete Regional para a Europa da OMS, desde a implementação dos Cuidados de Saúde Primários até à participação na Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS).

Também desde há mais de vinte anos que a Educação para a Saúde tem vindo a ser reconhecida como parte integrante dos esforços para a prevenção da doença e para a concretização das condições de bem-estar físico e psicológico, indispensáveis a uma realização plena do indivíduo enquanto membro activo da sua comunidade.

Trata-se, portanto, de um campo diversificado que alguns já descreveram como a *“intersecção entre as ciências biológicas e as ciências do comportamento”* (Glanz et. al., cit. in Russel, 1995).

As actividades da Educação para a Saúde são amplas e de diversa natureza e incluem o aconselhamento dos doentes, as campanhas de divulgação e sensibilização, a formação em serviço e a educação em ambiente escolar.

Ligados à Educação para a Saúde têm vindo a ganhar importância os chamados “estilos de vida saudáveis”. Isto tendo em conta que a saúde resulta, também, das opções individuais do dia-a-dia; isto é, do estilo de vida adoptado

por cada um, no seu quotidiano. Assim, contribuir para que, desde a escola, as novas gerações possam, por via do aumento do conhecimento, adequar as suas atitudes no sentido da responsabilização individual e colectiva é o papel fundamental da Educação para a Saúde em ambiente escolar. Ambiente que é, como sabemos, o local mais adequado para, numa fase ainda precoce, se padronizarem os comportamentos.

Não raro, confunde-se Promoção da Saúde com Educação para a Saúde, sendo o âmbito da primeira muito mais vasto e o da segunda muito mais complexo. E a principal razão reside no facto de faltar à Promoção da Saúde o princípio educacional que tem como principal objectivo uma mudança positiva ao nível dos comportamentos. E, no entanto, formalmente, tomando como racional o enquadramento da REEPS, a Educação para a Saúde parece ser apenas mais um “instrumento” da Promoção da Saúde.

Por tudo isto, a Educação para a Saúde é uma missão de longo prazo porque alterar comportamentos invade a esfera mais íntima do indivíduo e implica directamente com a sua personalidade e mentalidade: envolve tabus como os ligados à sexualidade, hábitos como fumar e beber e outras dependências de difícil resolução.

A Educação para a Saúde tem, pois, limitações, e os seus agentes deverão ter sempre presente que se trata de um projecto com amplos objectivos que se vão concretizando por pequenos sucessos. Ter esta realidade sempre presente é uma ajuda preciosa num processo em que por muito caminho que se percorra haverá sempre mais por percorrer.

Chegados a 2008, e estando ainda vivos a maior parte dos protagonistas nacionais que, nos gabinetes e no terreno, ajudaram a concretizar em Portugal os objectivos das políticas de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde, neste período de vinte anos decorrentes entre 1979 e 1999, entendemos ser do maior interesse a auscultação individual, e de viva voz, do testemunho das suas experiências. Experiências que, sendo íntimas e pessoais, poderão proporcionar, para além de uma visão mais alargada do problema, a

oportunidade da formulação de algumas sínteses sobre o modo como a Educação para a Saúde foi sendo pensada e implementada no contexto escolar e como os vários actores a vivenciaram e a influenciaram; sínteses, porventura, inovadoras, que, de outra forma, se perderiam.

E também, porque não, para percebermos, para além do suor despendido, algumas lágrimas eventualmente derramadas durante esta longa caminhada. Até porque entender isso é também compreender o sentido mais profundo da frase de Amiel, atrás citada.

Capítulo II – Revisão da Literatura

1. A Sociedade Portuguesa e o Processo Educativo

Compreender o percurso da Educação para a Saúde implica conhecer a história recente da Educação em Portugal, nomeadamente desde 1971 (Reforma Veiga Simão) à Revolução do 25 de Abril, e desta até ao final do século XX.

A primeira parte abarca um período relativamente curto mas profundamente complexo que compreende o final do “Estado Novo”, numa fase de tímida abertura política, social e económica (1971-1973), uma revolução política com o seu inevitável “Processo Revolucionário em Curso” (1974-1976) e um período de progressiva normalização democrática (1977-1980).

A segunda parte envolve a Reforma Roberto Carneiro, a entrada na CEE e a adesão plena às instituições europeias (1991); os Quadros Comunitários de Apoio e, por fim, a “Paixão pela Educação” (1998).

1.1 A Reforma Veiga Simão (1971-1973)

A Reforma Veiga Simão, ao introduzir no contexto da ditadura uma referência explícita à “democratização do ensino”, abria claramente caminho a uma política mais vasta de liberalização do regime. Isto porque, ao abrir esta questão ao debate público durante dois anos, a sua polarização corporizava, já, um conjunto de aspirações e necessidades de há muito sentidas pela sociedade portuguesa.

Assim, a importância da Reforma Veiga Simão atingiu um patamar nunca antes alcançado por qualquer outra medida legislativa. Isto porque, ao centrar o debate nacional na área da Educação, rapidamente arrastou o debate para o plano do desenvolvimento e da modernização e, consequentemente, revelou o impacto da conjuntura de crise em que o regime se debatia (Stoer, 1986).

E, no entanto, a contradição no interior do Estado Social (rebaptismo marcelista da denominação salazarista de Estado Novo) acabará por introduzir factores de enviesamento na Reforma Veiga Simão que sofre os efeitos políticos da intensificação da situação de crise, em grande parte gerada pela evolução da questão ultramarina. Na verdade, entre o Projecto apresentado em 1971 e a Lei votada em 1973, que promulga a Reforma, há claros retrocessos. A título meramente ilustrativo, podemos referir, por exemplo, que a educação sexual acabou sendo retirada da Proposta, em consequência do coro de protestos dos paladinos do regime, por essa matéria ser considerada um direito das famílias.

Por este motivo é possível dizer-se que a Reforma viu, afinal, *“a sua chama reduzida a uma centelha”* (Stoer, 1986).

1.2 A Revolução e a Gestão Democrática das Escolas (1974-1976)

Curiosamente, a Revolução do 25 de Abril de 1974 chegou para revitalizar a Reforma Veiga Simão, oferecendo-lhe a oportunidade de se estender a áreas até aí insuspeitas como a gestão democrática das escolas.

Na realidade, o 25 de Abril veio alterar profundamente o paradigma escolar vigente até então. Subitamente, uma onda de fundo veio subverter as instâncias do poder, deslocando o domínio da autoridade do Ministério para as Escolas e, nestas, do corpo docente tradicional para os professores mais “progressistas” e para os estudantes.

A ultrapassagem da Reforma pela acção espontânea dos seus agentes mais activos e “esclarecidos” revelou-se um processo irreversível, porque só a gestão democrática das escolas estava conforme e permitia a educação de uma “sociedade democrática, a caminho do socialismo”.

E tanto os Estatutos do Partido Socialista de 1974, como a Declaração de Princípios da Gestão Democrática das Escolas do Sindicato dos Professores da Grande Lisboa, assim como a Lei sobre a Gestão Democrática e a Constituição

Portuguesa de 1976 puderam acertar o passo e concretizar essa aspiração nacional.

Aspiração que, para muitos, não se confundia com a questão da simples “igualdade de oportunidades” porque isso, em última análise, só iria favorecer aqueles que, à partida, estivessem socialmente melhor posicionados. A democratização do ensino, para ser viável, teria de contar, acima de tudo, com a democratização da sociedade (Ambrósio, 1981).

1.3 A “Normalização” do Estado de Direito (1976-1986)

Com a tomada de posse do I Governo Constitucional, a preocupação do Ministro Sottomayor Cardia foi a “normalização” da gestão democrática das escolas (Formosinho, 1998). Os Decretos-Lei 769-A/76 (para o ensino preparatório e secundário) e 781-A/76 (para o ensino superior) foram promulgados em Outubro de 1976 num clima de acurada contestação interna.

Eles visavam, em primeiro lugar, regular as assembleias de escola, substituindo a assembleias-gerais por assembleias de representantes, e definir com clareza a separação dos deveres e das competências de cada um dos órgãos de gestão.

E, contudo, o processo que levou à progressiva instituição da gestão democrática das escolas, não sendo linear nem em boa parte conduzida pelo poder político, teve o mérito de corresponder ao sentir da sociedade (Stoer, 1986). A Revolução impôs ao Estado a gestão democrática e este soube assumi-la e expurgá-la dos seus excessos mais evidentes.

A gestão democrática das escolas, passado o período mais vigoroso e autogestionário, reforçou-se significativamente com a cooptação dos professores, de tal forma que, seduzidos pelo fim da paridade, passaram a ser estes os seus maiores defensores (Formosinho, 1998).

1.4 O Processo de Centralização Burocrática (1987-1999)

Este largo período é marcado, no essencial, pela acção dos dois principais responsáveis pelo modelo educativo actual: Roberto Carneiro (1987-1991) e Marçal Grilo (1995-1999).

Numa primeira fase, pela adopção de políticas que tinham sido definidas pelos trabalhos da Comissão de Reforma do Sistema Educativo (CRSE) e a que faltou a coerência de um modelo integrador. Por isso, o aumento substancial do investimento económico apenas proporcionou um incremento das taxas de escolarização.

Numa segunda fase, pela estrondoso fracasso de uma política que parecia ter tudo para dar certo. Isto quando politicamente a Educação tinha sido elevada à condição de grande desígnio nacional; a prioridade das prioridades, com o consequente aumento dos recursos financeiros.

Desde meados dos anos oitenta que a “autonomia” e a “descentralização” faziam parte do léxico dos programas políticos e educativos. Terminada a experiência dos governos social-democratas, o primeiro Governo de António Guterres pretendeu oferecer uma certa acalmia e encheu a boca com esses palavrões e outros como “pacto educativo” e “comunidades locais”.

Ora, o que a realidade mostrou foi uma incapacidade total para reformar um sistema demasiado centralizador e desconfiado da bondade da intervenção dos supostos parceiros estratégicos, fossem eles, os pais, as autarquias e até os próprios professores (Nóvoa, 1992).

E é este sistema que, no final do século XX, perdura em Portugal. Um sistema que, tendo começado com a “Reforma Veiga Simão”, sempre entendeu que a Educação é o grande motor do desenvolvimento. Que ao longo da democracia tem derramado dinheiro e mais dinheiro sobre os problemas

educativos. Um sistema incapaz de se regenerar e que, progressivamente, tem feito da Escola a solução para todos os problemas.

Como consequência da demissão das famílias e das comunidades e da quebra acentuada de valores, a Escola tem visto aumentar as suas áreas de intervenção. Vagas sucessivas de reformas acrescentaram saberes e funções sociais, culturais e assistenciais que transformaram os currículos escolares e a Educação numa amálgama confusa em que tudo cabe. Assim é que, a acrescer ao “currículo tradicional” de há trinta ou quarenta anos, a Escola tem hoje um conjunto diversificado de missões que vão do combate à droga e à violência; à educação ambiental e ecológica; à prevenção rodoviária; à educação sexual, à educação para a cidadania; à formação para as novas tecnologias; à educação para a saúde... (Nóvoa, 1992).

2. A Evolução Internacional no Âmbito da Saúde

2.1 A Reunião de Alma-Ata e os “Cuidados de Saúde Primários”

A Conferência Internacional sobre cuidados de Saúde Primários teve lugar em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga URSS, sendo a Declaração final “Saúde Para Todos no Ano 2000” assinada a 12 de Setembro de 1978.

A Conferência reafirmou, numa Declaração em dez pontos, de forma particularmente expressiva, a saúde como uma responsabilidade dos governos e um direito humano fundamental, mas acima de tudo uma responsabilidade partilhada por todos os países em face da chocante desigualdade entre os países em desenvolvimento e países desenvolvidos.

Daí, a necessidade de um compromisso à escala de toda a comunidade mundial para *“que todos os povos do mundo atinjam até ao ano 2000 um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva”* (OMS/WHO, 1978, nº V).

Para atingir este objectivo, a Declaração preconiza uma política de cuidados de saúde primários como instrumento fundamental, baseados em métodos e tecnologias práticas ao alcance de todos.

De acordo com a Declaração, os cuidados de saúde primários baseiam-se nos dados da experiência em saúde pública, tendo em vista a promoção, prevenção, cura e reabilitação. E devem incluir, pelo menos, a educação em relação aos problemas prevalentes da saúde; a boa qualidade da água e o seu aprovisionamento; os cuidados de saúde materno-infantil, incluindo o planeamento familiar; a vacinação e prevenção de doenças endémicas; e o fornecimento de medicamentos essenciais.

Deste modo, todos os países têm o dever de formular políticas e estratégias nacionais destinadas a lançar e levar à prática, de forma sustentada, os Cuidados de Saúde Primários.

2.2 A Estratégia Regional Europeia “Saúde para Todos no Ano 2000”

Em Maio de 1977, a XXX Assembleia Mundial da Saúde decidiu que “o principal objectivo social dos governos e da OMS nos próximos decénios deveria ser o de facultar a todos os habitantes do Mundo, até ao ano 2000, um nível de saúde que lhe permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva” (Resolução WHO 30.43, in As Metas da Saúde para Todos, 1986).

Assim, logo em 1980, foi possível aprovar uma “Estratégia Europeia para a Instauração da Saúde para Todos” (Comité Regional da Europa da OMS, Resolução EUR/RC30/8REV.2, in As Metas da Saúde para Todos, 1986) que implicava uma mudança radical de orientação para as políticas de saúde dos 33 estados membros da Região Europeia

Tendo em vista estas duas Resoluções, foi elaborada uma versão definitiva das metas regionais da Saúde para Todos, assim como de um plano

de acção e de uma lista de indicadores para a monitorização dos progressos realizados. Estes documentos foram apresentados à XXXIV Sessão do Comité Regional da Europa da OMS, realizado em Copenhaga, em 24-29 de Setembro de 1984.

Na edição portuguesa de “As Metas da Saúde Para Todos”, publicada em 1986, pelo Departamento de Estudos e Planeamento do ME, pode ler-se: “Dois factores fundamentais sublinham como é urgente atingir este grande objectivo na Região Europeia:

1. Apesar dos recursos financeiros consagrados ao sector da saúde, do desenvolvimento de novos medicamentos e de novas técnicas no decurso dos últimos trinta anos, o nível de saúde da população é muito inferior ao que poderia ser.
2. Apesar do nível de desenvolvimento geralmente elevado da região e o do nível científico, económico e educativo da maior parte dos países, o problema das desigualdades em matéria de saúde mantém-se agudo (p. 1).”

Isto contrariava algumas vozes que afirmavam não ser necessário qualquer Programa de “Saúde Para Todos” para a Europa, sendo essa questão apenas pertinente para os países em desenvolvimento.

De qualquer modo, esta estratégia regional implicava mudanças de orientação em quatro sectores importantes: nos estilos de vida e a saúde; nos factores de risco para a saúde e ambiente; na reorientação do sistema de cuidados; e nos apoios necessários ao nível político, de gestão e tecnológico, bem como aos profissionais de saúde e investigadores.

A estratégia recomendava ainda que se estabelecessem metas regionais específicas para a sua concretização.

Nunca, até então, os 33 países membros da Região Europeia da OMS tinham acertado e adoptado políticas comuns de saúde susceptíveis de servirem de plataforma para futuros desenvolvimentos.

Mas os 33 estados membros concordavam ainda na monitorização permanente dos progressos conseguidos e na comunicação dos mesmos, a cada dois anos, a partir de 1983, ao Comité Regional e à Assembleia Mundial de Saúde.

E também em procederem a uma avaliação, a cada seis anos, a partir de 1985, com a elaboração de um relatório sobre a conclusão dessa avaliação.

Havia em todos os estados membros uma clara vontade de melhorar a saúde das suas populações e a convicção de que esta estratégia “Saúde para Todos” era uma oportunidade única de o fazerem. A participação numa mesma corrida, apesar das diferenças à partida, com acompanhamento monitorado e parceiros igualmente empenhados e motivados para atingirem metas comuns era um desafio aliciante que nenhum dos membros desejava perder.

Estabeleceram-se 38 metas, distribuídas por cinco grandes linhas de orientação:

1. **Igualdade de acesso à saúde**, reduzindo ao mínimo as desigualdades entre países e dentro de cada um;
2. **Promoção da saúde e prevenção da doença**, tendo em vista dar às pessoas uma ideia positiva da saúde;
3. **Participação activa da comunidade**, porque a saúde diz respeito às pessoas;
4. **Cooperação multisectorial**, porque os responsáveis da saúde só podem dar resposta a uma parte do problema;
5. **Os cuidados de saúde primários**, como prioridade do sistema de saúde tendo em vista a cobertura das necessidades fundamentais e a sua fácil acessibilidade.

Das 38 metas estabelecidas, três delas tinham implicações directas na Educação para a Saúde. E será sobre elas que, no âmbito desta dissertação, convirá abordar:

Meta 12 – Inverter a tendência para o suicídio

“Até ao ano 2000, a actual tendência crescente de suicídios e tentativas de suicídio, na Região, deveria ser invertida (p. 58).”

No decurso dos últimos vinte anos, o grupo etário dos 15-34 anos caracterizou-se por ser o que mais aumentou a taxa de suicídio, sendo que a maior parte dos mesmos está associada a perturbações mentais detectáveis. Também 2/3 das tentativas de suicídio verificam-se em indivíduos com menos de trinta anos, sendo que 10-20% das pessoas que fizeram tentativas de suicídio frustradas acabam por se suicidar.

“Os candidatos ao suicídio recrutam-se principalmente em jovens de famílias desmembradas ou com antecedentes de suicídios, entre alcoólicos e outros toxicómanos, em vítimas de insucessos escolares, em desempregados e em pessoas com temperamento depressivo (p. 59).”

Meta 15 – Fornecer conhecimentos e motivações indispensáveis a um estilo de vida saudável

“Até 1990, todos os Estados Membros deveriam ter programas de educação para a saúde com a finalidade de dar à população os conhecimentos, as capacidades e as motivações necessárias para a preservação da sua saúde (p. 72).”

Qualquer programa de Educação para a Saúde deve começar muito cedo, de preferência desde o jardim-de-infância. Ensinar à criança o papel e o funcionamento do seu corpo e as consequências da sua má utilização para a

saúde é o primeiro passo para termos, no futuro, cidadãos mais responsáveis e preocupados com o seu bem-estar e o bem-estar da comunidade.

Isto quando sabemos como os comportamentos são facilmente influenciados pelo “matraquear” constante da publicidade e dos adulterados modelos em voga que distorcem muitas vezes os conceitos caros à juventude, como os da “maturidade e independência”, da “modernidade” e da “rebeldia”.

Meta 16 – Desenvolver comportamentos saudáveis

“Até 1995, todos os Estados Membros deveriam ter realizado progressos importantes no aspecto dos comportamentos favoráveis à saúde, tais como: alimentação equilibrada, abstenção de fumar, actividade física suficiente e domínio do *Stress* (p. 75).”

A acção em prol do comportamento saudável era de longe a mais ambiciosa das políticas de saúde e aquela que podia e devia envolver outros parceiros. A promoção de valores que incitassem a sociedade à mudança das atitudes e comportamentos podia e devia ser um trabalho de todos. E eram vários os campos onde essa acção se podia aplicar, nomeadamente no(a):

1. **Desequilíbrio alimentar**, onde podiam surgir problemas mais complexos, nomeadamente nos adolescentes, resultantes da interacção dos hábitos alimentares com os falsos modelos padronizadores de beleza.
2. **Uso do tabaco**, comportamento com riscos comprovados para saúde e com grande incidência na população juvenil e adolescente.
3. **Actividade física**, como fonte de prazer e factor de melhoria de qualidade de vida. “Uma boa forma física adquirida na juventude e mantida ao longo da vida, parece ser condição essencial para que o corpo possa funcionar saudavelmente e no melhor da sua capacidade (p. 79).”

4. **Droga**, um dos maiores flagelos do século XX que tem uma incidência preponderante na juventude, em virtude da sua imaturidade e da natural inclinação para provar o desconhecido e abusar das situações de risco.
5. **Actos de violência**, enquanto geradores de comportamentos violentos. Isto quando os maus-tratos em crianças geram normalmente graves consequências comportamentais, tanto ao nível do desenvolvimento como na escolaridade, na perda da auto-estima e na delinquência juvenil.

2.3 A “Carta de Ottawa” e a Reformulação do Conceito de Promoção da Saúde

A Conferência de Ottawa realizou-se no Canadá, no período de 17 a 21 de Novembro de 1986, e foi a primeira conferência internacional sobre Promoção da Saúde. A aprovação da denominada Carta de Ottawa definiu um conjunto de orientações destinadas a atingir a Saúde para Todos no ano 2000.

Prosseguia, pois, os princípios preconizados pela Declaração de Alma-Ata e o documento da OMS “As Metas da Saúde para Todos”.

A Carta de Ottawa definia a Promoção da Saúde como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; recurso que não era apenas uma responsabilidade do sector da Saúde, na medida em que exige a prática de estilos de vida saudável.

A Carta de Ottawa reformulava, assim, o conceito de Promoção de Saúde ao definir, para além do controlo individual da saúde, uma nova estratégia actuando sobre os grupos onde o indivíduo se insere, assim como sobre os factores que influenciam a saúde.

Qualquer intervenção em Promoção da Saúde significava “construir políticas saudáveis” e estava para além da simples prestação de cuidados de

saúde. Ora, isso implicava trazer a saúde para a agenda política, responsabilizando os decisores políticos, a todos os níveis, pelas consequências das suas decisões para a saúde dos cidadãos.

A criação de ambientes saudáveis, a conservação da natureza, a organização do trabalho, o planeamento do território, o empenhamento das comunidades, a educação para a saúde e a reorganização dos serviços de saúde deviam ser prioridades na concretização da Promoção da Saúde.

Estes eram, pelo menos, os compromissos que todos os participantes se comprometiam a desenvolver, tendo em vista a materialização do projecto Saúde Para Todos no Ano 2000.

2.4 A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS)

A REEPS, criada a partir da experiência piloto de 1991, realizada na Hungria, República Checa, Eslováquia e Polónia, conceptualizava um padrão de qualidade físico-psíquico assumido como um compromisso:

“As Escolas-Piloto participantes comprometem-se a promover a saúde, tornando os seus ambientes locais mais seguros e promotores de saúde para viver, trabalhar, aprender e progredir.” (Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde, 1998, p. 5).

Este conceito de Escola Promotora de Saúde (EPS), que encarava o sistema de ensino como veículo ideal para uma concretização mais eficaz da Promoção de Saúde, numa fase da vida em que a aquisição de conhecimentos está mais facilitada, irá privilegiar a abordagem de questões referentes ao desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, à adaptação do ambiente físico e social da escola mais promotora de saúde ou mesmo à manutenção da saúde de toda a comunidade escolar alargada.

Assim, qualquer tipo de abordagem da saúde deveria centrar-se na integração da Promoção da Saúde em todos os aspectos da rotina diária da escola, nomeadamente: na introdução do conceito no Projecto Educativo; na definição das actividades curriculares; na programação de práticas saudáveis; e na realização de melhorias ambientais, em termos físicos e de clima de escola.

A Promoção de Saúde nas EPS devia ainda objectivar as seguintes metas: a elaboração de um planeamento coerente; a clarificação dos objectivos sociais da escola; a promoção da responsabilidade individual; a promoção da auto-estima; o desenvolvimento das boas práticas relacionais; o aproveitamento de todos os activos da comunidade escolar alargada; a apresentação atractiva do leque de escolhas saudáveis; e a garantia de um ambiente bio-psicossocial seguro e saudável.

Para levar a cabo estes princípios programáticos e esta política de Promoção de Saúde, cada país participante deveria ter um Coordenador Nacional. E em cada ano todos os Coordenadores Nacionais deveriam encontrar-se, pelo menos uma vez, para discutir experiências e trocar ideias.

Com a missão de acompanhar o desenvolvimento da REEPS e fornecer apoio organizacional, foi criado, também, o Secretariado Técnico.

Tratando-se de um projecto de dimensão europeia, que podia e devia passar por parcerias e geminações, as escolas participantes deviam ser capazes de desenvolver um projecto a 3 anos; formar equipas de projecto e estabelecer prioridades; proporcionar a exemplaridade das boas práticas; desenvolver actividades que promovessem a saúde e o espírito solidário de responsabilidade; e garantir visibilidade, avaliação e divulgação dos resultados.

Para levar à prática este conjunto de objectivos, a REEPS impunha-se a si própria um conjunto de desafios para os anos seguintes, entre eles: assegurar a qualificação dos Coordenadores Nacionais no sentido da responsabilidade, da gestão estratégica (planeamento e coordenação) e exigência quanto aos resultados; gerir as expectativas de forma sustentada; escolher os métodos mais

adequados à abordagem holística dos programas de promoção de saúde; ajudar a escola a melhorar os seus ambientes físico e social; capacitar as escolas na utilização de métodos cada vez mais participativos; fortalecer a democraticidade; abrir a escola à comunidade; fortalecer os programas de investigação e avaliação; implementar e divulgar o conceito de EPS; e promover e fortalecer a participação de outros parceiros na promoção da saúde.

Três anos depois, em Maio de 1997, a REEPS realizou a sua Primeira Conferência Europeia, na Grécia, sob o tema “A Escola Promotora de Saúde – Um Investimento na Educação, Saúde e Democracia”.

No final aprovou uma Resolução de dez princípios orientadores de uma EPS, de que sintetizamos: 1) a EPS baseia-se em princípios democráticos; 2) a EPS é para todos; 3) a EPS procura a motivação e a realização pessoais; 4) a EPS considera o ambiente escolar primordial para a promoção da saúde; 5) a EPS deve corresponder às necessidades actuais e futuras dos jovens; 6) a EPS deve proporcionar formação tanto na vertente educacional como na saúde; 7) a EPS tem um sistema de avaliação objectivado para a sua própria melhoria; 8) a EPS é uma responsabilidade partilhada entre o Ministério da Educação (ME) e o Ministério da Saúde (MS); 9) a EPS deve chamar à participação toda a Comunidade Escolar Alargada; 10) compete aos governos garantir o investimento para desenvolvimento, porque isso é trabalhar para o futuro (Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde, 1998, pp. 11-12).

3. A Experiência Portuguesa

Se tivermos em conta a Declaração de Alma-Ata (1978), os Cuidados de Saúde Primários, em Portugal, têm, também, uma história de trinta anos. E, no entanto, há quem situe o momento de viragem na reforma de 1971, também chamada “Reforma Gonçalves Ferreira” (Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro), data em que foram criados os primeiros cuidados de saúde, associados ao que, então, se entendia como saúde pública: vacinação, vigilância de saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e pouco

mais. Na realidade, é nessa altura que, pela primeira vez, o Estado reconhece, a todos os portugueses, o direito à saúde, cabendo a esse mesmo Estado assegurar a concretização efectiva desse direito. (Recordamos que estes direitos já estavam consagrados pela OMS, desde 1948.)

É dessa altura (1978) a criação dos primeiros Centros de Saúde (CS) que, para além dos cuidados já mencionados, funcionavam ainda muito ligados às actividades próprias de uma autoridade sanitária. Até porque, de um modo geral, a assistência extra-hospitalar fazia-se, em larga escala, com recurso aos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais (SMS) das Caixas de Previdência.

3.1 O Serviço Nacional de Saúde (SNS)

De qualquer modo, as transformações político-sociais profundas, que a Revolução de Abril trouxe à sociedade portuguesa, tiveram, de imediato, uma primeira resposta das instâncias governativas, através da criação do Serviço Médico à Periferia (SMP), (1975).

Mas é a Lei nº 56/79, aprovada pela Assembleia da República, em 26 de Agosto e promulgada em 15 de Setembro, que, ao criar o SNS, define as bases gerais dessa rede de órgãos, doravante encarregues da prestação de cuidados globais e integrados de saúde, a toda a população, em parte alicerçadas na Declaração de Alma-Ata.

Avanço notável, pela extensão de uma oferta de cuidados de saúde generalizados, padece, contudo, da subsistência de diversas situações de irracionalidade que irão dificultar a gestão de um sistema pejado de restos do passado, cheio de incorrecções e duplicações favoráveis a um clima generalizado de indefinição de competências (Branco e Ramos, 2001). Tanto assim é que, durante a primeira fase de implementação do sistema, coexistiram no SNS, serviços antigos e novos, cada um obedecendo a diferentes critérios organizacionais.

1983 marca o início de uma “segunda geração” de CS com a integração dos numerosos postos dos ex-SMS das Caixas e a criação da nova carreira médica de clínica geral.

Os denominados CS integrados resultaram, pois, da mistura das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares já existentes (centros de saúde, postos das caixas, hospitais concelhios, Misericórdias, etc.), numa herança com duas culturas organizacionais distintas.

A fusão destas duas linhas de serviços permitiu, em termos organizacionais, a criação da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP) e, com ela, uma maior racionalização dos serviços prestados e optimização dos recursos disponíveis, mas não conseguiu melhorar significativamente a acessibilidade a consultas e visitas domiciliárias nem a programação dos objectivos de saúde.

Significativos foram os progressos na afirmação da identidade das carreiras médicas, em especial da carreira médica de clínico geral. Contudo uma administração tutelada demasiado à distância, e sem atender às especificidades, assente nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), não raro veio trazer insatisfação e desmotivação a esses profissionais.

E o debate sobre a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal, passou a ser uma constante, desde o momento da sua integração, em especial no seio da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (Livro Azul-1991).

A aprovação, em 1990 (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), da Lei de Bases da Saúde vem confirmar, na sua Base XIII, que o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, os quais devem situar-se junto das comunidades, tendo em vista o cumprimento de um objectivo fundamental de igualdade do cidadão no acesso aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica e local de residência.

Na sequência da Regulamentação da Lei de Bases, finalmente em 1993 (Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro), é aprovado o novo estatuto do SNS.

O projecto “Alfa”, iniciado em 1996/1997 foi o primeiro impulso para o descongelamento do aparelho burocrático do SNS, dando ensejo ao aparecimento de 15 Grupos experimentais que se propuseram estudar e aplicar novas variáveis, como os critérios de produtividade, rigor, exigência e qualidade numa, agora, gestão descentralizada dos CS.

Acreditava-se que a reorganização estrutural prevista no Decreto-Lei nº 157/99 pudesse impulsionar uma nova dinâmica dos CS, agora divididos em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Saúde Familiar (USF). Muito embora constituindo unidades multiprofissionais, a predominância, nuns, dos conhecimentos da medicina geral familiar (USF) e, noutros, dos conhecimentos práticos de saúde e de enfermagem (UCC) diferenciava-os objectivamente. Como poderão trabalhar coordenadamente, nesta fase em que os modelos alternativos de gestão, as estruturas descentralizadas e a medicina contratualizada se apresentavam claramente em concorrência aberta, essa era a grande questão. Isto quando a evidência mais gritante que se apresentava, no final do século, era uma cada vez maior diversificação dos modelos, num cenário de contracorrente, em face da cultura burocrática e centralizada de um MS que, desde sempre, tudo dirigiu e controlou (Branco e Ramos, 2001).

3.2 Os Cuidados de Saúde Primários

Na orgânica do SNS, o Departamento de Cuidados Primários (também designado Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários) faz parte de um conjunto de Órgãos de Natureza Executiva, e actua nas áreas da promoção da saúde, da prevenção da doença e da prestação de cuidados médicos essenciais ou de base.

Entre esses objectivos, estão claramente a Saúde Escolar e a Educação para a Saúde.

Os cuidados de saúde primários são, inequivocamente, referenciados como a base do SNS e uma prioridade política de todos os Governos desde a sua criação. Pelos menos, neste ponto, os partidos da governação têm sido concordantes. E, no entanto, a realidade fria dos números e das estatísticas revela uma preocupante tendência que contraria, em absoluto, tais proclamações.

Na verdade, contradizendo os princípios programáticos do SNS e o teor do discurso político dos principais responsáveis, a partir de 1985, verifica-se que, tanto ao nível dos recursos humanos como na despesa corrente e no investimento, os cuidados de saúde primários têm vindo a perder peso relativo no orçamento do SNS (Branco e Ramos, 2001).

Com efeito, entre 1987 e 1998, o peso dos efectivos dos cuidados de saúde primários, no conjunto do SNS, passou de 36% para 27%; as transferências orçamentais do SNS diminuiriam de 56% para 47%; e até os valores afectos ao PIDDAC baixaram de 24% para 22%, tendo sido, em média, durante o período, de 19% (Branco e Ramos, 2001).

Os resultados da reforma de 1999 são, coincidentemente, no limite temporal a que se reporta esta dissertação, ainda uma incógnita, sendo a margem de imprevisibilidade dos resultados tão grande como qualquer outro. Acredita-se e espera-se que sejam positivos e que, consequentemente, venham a representar uma melhoria significativa na oferta e na qualidade dos cuidados de saúde primários.

3.3 A Saúde Escolar

Enquadrado nos cuidados de saúde primários temos, como já vimos, a saúde escolar. Sendo que, até 1971, o ME tinha organizado a intervenção médica nas escolas através dos Centros de Medicina Pedagógica (CMP), mas apenas nos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra.

A partir de 1971, e até ao final do período desta abordagem (1999), o exercício da saúde escolar tem sido uma responsabilidade partilhada pelos ME e MS, os quais têm intervindo com metodologias diferentes, ainda que com os mesmos objectivos.

Em 1993, os CMP foram extintos, tendo os seus profissionais sido integrados nas quadros das ARS.

Desde 1995 que a orientação técnico-normativa do MS tem sido o Programa-tipo de Saúde Escolar, aprovado pela Circular Normativa nº 13/DSE, da Direcção Geral de Saúde (DGS), de 10/08/95, vocacionado para a elevação do nível educacional e de saúde da população escolar. Entretanto, desde 1997 que, com a experiência piloto realizada no âmbito da RNEPS, os MS e ME passaram a assumir, com outras condições e estruturas, um papel ainda mais activo e coordenado na promoção da saúde em ambiente escolar.

3.4 O Projecto VIDA

A intervenção preventiva em meio escolar desenvolveu-se desde 1979, no que concerne ao combate à droga, tendo começado em 27 escolas e atingido em 1998 um total de 670 escolas, num trabalho em parceria entre o ME e a Divisão de Estudos Epidemiológicos do Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga (GPCCD), na altura, dependente da Presidência do Conselho de Ministros (PCM).

Em 1984, foram criadas as consultas de planeamento familiar para jovens no âmbito dos CS e a disciplina de “Educação Sexual” a ser desenvolvida pelo ME.

Finalmente, em 31 de Março de 1987, o Governo aprovou o plano integrado de combate à droga, denominado Projecto VIDA, orientado por um Grupo Coordenador, composto por representantes de seis ministérios e sob a

direcção de uma Coordenadora Geral do MS, na altura tutelado pela Dr.^a Leonor Beleza.

Tratava-se objectivamente de desenvolver um plano no domínio da prevenção da toxicomania e do tratamento, da reabilitação e inserção social dos toxicómanos, bem como do combate ao tráfico.

Para a prossecução destes desígnios, previa este Projecto um conjunto de trinta medidas e diversas acções, tendo em vista o combate sistemático e diversificado ao flagelo da droga. Medidas que iam desde campanhas de sensibilização do cidadão, à especialização do tratamento médico, até ao reforço de meios da Polícia Judiciária.

A primeira dessas medidas visava o desenvolvimento de um “plano de prevenção em meio escolar”, a ser concretizado mediante a introdução “nos programas escolares de conteúdos respeitantes ao consumo de droga, ao alcoolismo, ao tabagismo e ao uso indevido de medicamentos.”

As medidas seguintes, até à 19, visavam essencialmente a formação de operadores de prevenção; acções de informação destinadas ao público em geral, e em especial aos jovens e pais; acções de sensibilização; programas de ocupação de jovens em risco; criação do serviço telefónico “Linha Aberta”; outras de carácter organizativo, no âmbito do MS, e de desenvolvimento de terapêuticas e métodos de tratamento; e, ainda, o estabelecimento de programas visando a reinserção social dos ex-toxicómanos.

As medidas 20 a 30 eram do âmbito do combate ao tráfico e, por essa razão, entendeu-se autonomizar a sua aplicação ficando a sua execução sob a coordenação do Ministério da Justiça, com a colaboração dos Ministérios da Administração Interna, das Finanças e dos Negócios Estrangeiros.

Quanto à medida 1 e ao conjunto de acções que em 1988 estavam concluídas ou em curso sobressaem:

- Proposta do MS e ME dos conteúdos de educação para a saúde, a serem integrados a todos os níveis da escolaridade obrigatória;
- Estreita colaboração do MS com o ME nas áreas do uso, uso indevido e abuso de drogas.

Com o mesmo objectivo preconizava-se, igualmente, a introdução dessas matérias nos programas de formação inicial e contínua dos professores e da criação de equipas de prevenção em meio escolar, a partir da formação específica de um conjunto de 42 professores do ensino básico e secundário, formados entre Outubro de 1987 e Março de 1988 pelos núcleos de Prevenção Primária do Centro de Estudos de Profilaxia da Droga (CEPD).

Em 1990 procedeu-se à reformulação e reorganização dos objectivos, estratégias e estruturas orgânicas do Projecto “VIDA” (Resolução do Conselho de Ministros 17/90, de 21 de Abril).

3.5 O Projecto “Viva a Escola” – Projecto-piloto de Prevenção Primária, não específica, da Toxicodependência

Desde 1979 que o ME desenvolveu, em articulação com outras entidades, nomeadamente os MS e MJ, projectos de prevenção primária no âmbito da toxicodependência em meio escolar.

O Projecto “Viva a Escola”, criado em 1990, é pois o corolário de uma larga experiência acumulada tendo em vista conseguir uma resposta mais adequada da Escola, enquanto espaço privilegiado capaz de construir um “espaço de vivências fortalecedoras do “saber ser” – autonomia, autenticidade, integração social” (Ministério da Educação, Relatório Síntese 1990-1994).

Por outro lado, teve o mérito de ser o primeiro projecto exclusivamente pensado e criado pelo ME para o Projecto VIDA, a ser aplicado e desenvolvido num conjunto seleccionado de escolas, de acordo com critérios objectivos

previamente definidos, aproveitando a vertente das pedagogias alternativas e das actividades extracurriculares.

A designação de Projecto Piloto de Prevenção Primária, não específica, de Toxicodependências em Meio Escolar – Projecto “Viva a Escola”, insere-o, desde logo, nas problemáticas do Projecto VIDA, ao mesmo tempo que lhe valoriza o espaço físico concreto da Escola como local de eleição para a educação e formação dos jovens.

Assim, das 178 escolas que, logo no ano lectivo de 1990-1991, apresentaram as suas candidaturas, 63 foram seleccionadas, número que, no ano seguinte, subirá para 97 e no ano lectivo de 1992-1993 era já de 126.

Também, em 1990-1991, no âmbito do Projecto “Viva a Escola”, foi criado o “Projecto de Férias”, atendendo à necessidade sentida de prolongar a intervenção para lá do período normal das suas actividades. Este projecto abrangeu, de imediato, 73 escolas, 36 das quais estavam integradas no Projecto “Viva a Escola”.

Nos anos seguintes, as adesões a este projecto não pararam de crescer, sendo em 1993-1994, no final do período abordado do 1º. Relatório Síntese, 252 as escolas envolvidas.

Este sucesso foi possível graças ao empenho e experiência que, desde 1979, os chamados professores-mediadores vinham adquirindo e, posteriormente, ao papel dos professores-operadores, os verdadeiros agentes facilitadores do Projecto.

Em 1993, o Decreto-Lei 15/93, de 22 de Janeiro, ao definir as competências do ME nas actividades de prevenção primária, veio integrar nos currículos escolares a vertente básica de Educação para a Saúde, com incidência específica na prevenção do consumo da droga. Ao mesmo tempo que determinava o desenvolvimento de um “Programa específico de Prevenção

Primária de Toxicodependências em Meio Escolar”. Finalmente, o Despacho 172/ME/93, de 13 de Agosto, virá institucionalizar o PPES.

3.6 O Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES)

O reconhecimento da necessidade de se criar um novo modelo de intervenção no âmbito da Prevenção Primária das Toxicodependências em Meio Escolar, levou à criação no ME, no ano de 1990, de um Grupo de Trabalho a quem foram cometidas as competências de “propor, estruturar, desenvolver e avaliar projectos de acção integrados no Projecto VIDA, numa amostra de escolas, nomeadamente, nas vertentes de pedagogias alternativas e actividades extra-escolares” (Despacho 96/ME/90, de 19 de Junho).

Foi assim que, no âmbito da Reforma do Sistema Educativo, nasceu o Projecto Piloto de Prevenção Primária, não específica, das Toxicodependências, “Viva a Escola”. Este Projecto surgiu assim, no Sistema Educativo português, no ano lectivo de 1990/91.

Em 1993, a experiência acumulada, durante os três anos anteriores, pelo Projecto “Viva a Escola”, possibilitou a sua integração no PPES, (Despacho 172/ME/93, de 13 de Agosto). E logo no ano lectivo de 1993/94 deu-se início à implementação, nas escolas, deste novo plano, por transformação da equipa que integrava o programa “Viva a Escola” em equipa de Promoção e Educação para a Saúde.

A relevância que o problema da toxicodependência alcançou durante a década de 80, nomeadamente nos meios de comunicação social, e a constatação de que as medidas de prevenção primária, assentes no modelo informativo, se mostravam ineficazes, quer à escala nacional quer internacional, levaram a sociedade em geral e o poder político em particular a assumirem a necessidade de uma nova orientação. Foi, pois, no âmbito dessa necessidade de mudança, dessa urgência de um novo modelo de intervenção, que o meio escolar surgiu como o local mais adequado para se iniciar, ainda numa fase

precoce, a prevenção primária da toxicodependência. Sabendo, contudo, *“que não podemos nem devemos pedir à Escola que resolva sozinha este, como outros problemas sociais, mas sabemos que sem ela dificilmente serão resolvidos.”* (Ministério da Educação, Relatório Síntese 1994-1996).

Por contraponto às características mais gerais da personalidade dos toxicodependentes, o PPES objectivava proporcionar aos jovens a possibilidade de, num clima de pertença e cooperação, desenvolverem comportamentos de autonomia, responsabilidade e sentido crítico.

Por isso, a implementação do PPES nas escolas orientou-se, desde o início, pelos princípios gerais da participação horizontal e transversal de toda a comunidade educativa alargada; da valorização do potencial de enriquecimento das diferenças culturais e étnicas; e da consciencialização da saúde como um recurso individual de cada um.

Objectivado, no essencial, para a aquisição de competências na área da Promoção e Educação para a Saúde e na capacitação crítica para a responsabilização individual e colectiva; e, ainda, a nível organizacional, na própria institucionalização de Escolas Promotoras de Saúde (EPS), o PPES orientou-se, desde o início, por um conjunto de estratégias complementares, nomeadamente: a integração da Educação para a Saúde nos currículos escolares; a Formação Inicial e Contínua de Professores, de todos os níveis de ensino não superior, na área da Promoção e Educação para a Saúde; e a dinamização de Projectos de Promoção e Educação para a Saúde.

Assim, entendeu-se que, em termos operativos, deveria ser criado um quadro sistematizador capaz de levar à prática, de forma integrada, com economia de meios e adequada orientação de esforços, a construção de uma verdadeira EPS. Sendo que essa construção só seria sólida e duradoura se apostasse no empenho e determinação das pessoas envolvidas na concretização/operacionalização de mudanças em quatro áreas concorrenciais:

- Na **dimensão curricular**, enquanto ligação com a vida, por forma ao aproveitamento e utilidade da aprendizagem. Neste sentido, a experiência ou vivência dos alunos torna-se fundamental, tanto na expressão como na partilha das suas dúvidas e perplexidades, das suas angústias e desânimos, porque é aqui que radica, em grande parte, o fenómeno da desmotivação.
- Na **dimensão psicossocial**, que sendo imanente à organização escolar, deve ter em conta a qualidade das interacções geradas no seu interior. Sendo que o modo como a Escola se percebe determina, igualmente, uma certa forma de estar, indispensável à construção de um bom clima, de que a cultura da escola, enquanto centro de exigência e qualidade, sairá sempre beneficiada.
- Na **dimensão ecológica**, tendo em vista a qualidade do meio físico e alimentar. Neste âmbito ganham particular acuidade a manutenção e preservação da salubridade, a segurança e o conforto das instalações, bem como a confecção e distribuição dos alimentos, assim como a boa gestão das messes e cantinas.
- Na **dimensão comunitária**, enquanto Escola socialmente parceira no seu espaço natural, capaz de realizar um conjunto de trocas atinentes ao enriquecimento sócio-cultural da sociedade onde está inserida. Chamando ao Projecto Educativo todos os potenciais interessados e motivando outros mais distraídos e devolvendo à comunidade recursos humanos necessários cada vez mais qualificados.

A influência do Projecto “Viva a Escola”/EPS na construção do Projecto Educativo de Escola revelou-se de inquestionável importância no ano de 1997/98, sendo que uma grande maioria (68%) das Escolas inquiridas respondeu muito positivamente (42%) ou decisivamente (26%). (Rede de Escolas Promotoras de Saúde, 1998)

3.7 A Cronologia da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS)

Em 1991, através do Gabinete Regional para a Europa da OMS, foi constituída a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS), a que Portugal aderiu desde o início.

Em 1991, na sequência de conversações entre a Comissão Europeia (CE), o Conselho da Europa e o Gabinete Regional para a Europa da OMS, decidiu-se dar início a uma experiência piloto levada a cabo na Hungria, República Checa, Eslováquia e Polónia.

Em 1992, a RNEPS deu início à abertura de candidaturas.

Em 1993, por despacho do ME, a coordenação das iniciativas de Promoção da Saúde em meio escolar foi cometido ao PPES, “prossequindo como objectivo específico a prevenção da toxicodependência e da SIDA” (Despacho nº 172/ME/93, de 13 de Agosto).

Em Setembro de 1994, Portugal, na sequência de uma reunião de Conselho de Ministros da Educação da Europa, aderiu à REEPS, tendo beneficiado de um co-financiamento para desenvolvimento de uma experiência-piloto num número restrito de 10 escolas (sendo 2 JI, 3 estabelecimentos do 1º Ciclo, 4 EB 2,3 e 1 Secundária) e 4 CS trabalhando articuladamente entre si.

Desta forma, deu-se início à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde – RNEPS. Ao mesmo tempo, com funções de apoio, é criado o Centro de Apoio Nacional às EPS, com uma coordenadora e dois representantes de cada um dos Ministérios envolvidos (Educação e Saúde).

Paralelamente, desde 1990, continuou a desenvolver-se o Projecto “Viva a Escola”, que integrava já 293 escolas.

Em 1995, foi reformulado o PPES, o qual determinou a integração progressiva de todas as actividades do Projecto “Viva a Escola”, e das escolas nele envolvidas, nos princípios das escolas da RNEPS.

Em 1997, na reunião dos Coordenadores Nacionais da REEPS, em Atenas, foi decidido o alargamento das redes nacionais, consoante a situação real de cada país, tendo aderido, de imediato, 37 países, entre os quais Portugal.

Assim, logo em 1997, foram divulgados os critérios do alargamento e convidadas as escolas portuguesas a aderirem à RNEPS (PPES, circular nº 2/97).

Em 1998, após diversas reuniões, os ME e MS produziram o Despacho Conjunto nº 271/98, de 23 de Março, que estabelecia um compromisso formal no sentido da institucionalização e desenvolvimento da RNEPS.

O ano lectivo de 97/98 marca o alargamento da RNEPS a 667 escolas (165 do Ensino Secundário, 14 Escolas Básicas de 2º E 3º Ciclos, 180 EB, 15 Escolas Básicas de 1º, 2º e 3º Ciclos, 192 Escolas Básicas do 1º Ciclo e 99 Jardins de Infância) e 229 CS. Este alargamento também só foi possível devido à experiência paralela que o Projecto “Viva a Escola” vinha acumulando desde o seu início (1990).

Em 1998 e 1999, por sucessivas resoluções do Conselho de Ministros, foram definidas novas problemáticas, inseridas no processo educativo, no âmbito da educação sexual e da prevenção do alcoolismo e da toxicodependência (Resoluções nºs 124/98, de 21 de Outubro, 40/99, de 8 de Maio e 46/99, de 26 de Maio), a desenvolver pela RNEPS.

Em 1999, foi criada, em substituição do PPES, e no âmbito do ME, a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES), incumbida de coordenar a intervenção para a Promoção da Saúde em meio escolar, na prossecução das áreas de intervenção prioritárias, já definidas no

Despacho Conjunto nº 271/98, de 23 de Março, nomeadamente: “alimentação, saúde oral, sexualidade, segurança, vacinação (hepatite B), uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas e SIDA”. (Despacho 15 587/99, de 12 de Agosto).

A evolução que acabámos de desenhar, desde os Cuidados de Saúde Primários até à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, prefigura um processo que, não sendo original, nos permite perceber como a concretização de um projecto, que nasceu no Ministério da Saúde, de preocupações sanitárias e de controlo social, passou, progressivamente, para a área da Educação. Isto porque, desde a criação do PPES até à CCPES, o que se verifica é a progressiva definição de um programa educativo em que os profissionais da Saúde e algumas estruturas desse Ministério passam a ser acessórias e/ou meramente instrumentais.

4. I Congresso Nacional de Educação para a Saúde

O primeiro grande espaço nacional de reflexão e debate sobre os problemas da Promoção da Saúde e da Educação para a Saúde teve lugar em Braga, em 8 e 10 de Outubro de 1998 com a presença de 300 participantes, investigadores e profissionais oriundos dos vários campos das Ciências da Saúde e da Educação.

O Secretariado do Congresso, da responsabilidade da equipa do Departamento de Metodologia da Educação da Universidade do Minho, publicou, em livro, uma súmula alargada dos principais trabalhos (mais de metade dos cerca de 100 apresentados), organizando-os e distribuindo-os por doze temáticas que iam da “Promoção e Educação para a Saúde: Modelos e Contextos” até “Estratégias de Promoção/Educação para a Saúde”, passando por temáticas específicas como a “Prevenção do Cancro”, o “Combate ao Alcoolismo” ou o “Exercício Físico e o Lazer” e outras ainda mais circunscritas como algumas poucas experiências concretas nalgumas escolas e CS.

Da análise do conjunto de trabalhos publicados foi possível verificar que 44% dos autores portugueses eram professores ou investigadores universitários, sendo natural que, destes, a maior parte (55%) fosse da própria Universidade do Minho, organizadora do evento. Dos restantes, 27% eram profissionais da saúde, esmagadoramente médicos; 9% eram técnicos ou quadros superiores da Educação para a Saúde; sendo que apenas 4% eram professores do ensino não universitário.

Pelo tipo de participantes e pelo teor das participações somos levados a concluir que, em 1998, a Educação para a Saúde era ainda uma questão teórica, metodológica e organizacional mais ligada à Investigação e à Saúde do que à Educação e com uma experiência pouco sedimentada a nível da prática concreta no mundo escolar. Isto é, as EPS não tinham ainda gerado massa crítica suficiente para serem capazes de se autoanalisarem.

Convém, a propósito, recordar que o alargamento da RNEPS tinha-se verificado, precisamente, no ano lectivo anterior, de 1997/98.

Por tudo isso, questões como o Projecto Educativo, os currículos, os conteúdos, a avaliação de resultados ou a formação específica de professores passaram totalmente à margem do Congresso.

Tendo esse Congresso ocorrido no final do período em análise e estando marcado o 2º Congresso para o final deste ano, seria interessante verificar a evolução das intervenções e dos interventores. De qualquer forma, isso nunca poderia ser feito no âmbito desta dissertação, que tem um termo predefinido absolutamente incompatível com o objecto temporal do novo Congresso.

Capítulo III – Metodologia

1. Paradigma da Investigação

Na abordagem da nossa temática, seguimos o paradigma qualitativo de investigação (Philips, 1987; Reichardt & Cook, 1979; Webb, Beals & White, 1986, cit. In Creswell, 1994). Este permitiu-nos reconstruir as várias realidades, segundo a perspectiva dos actores interpelados, através de uma lógica indutiva, pelo que fomos redefinindo o desenho do nosso estudo à medida da sua progressão (Bogdan & Biklen, 1994).

A investigação qualitativa pauta-se por um processo de pesquisa com vista à compreensão de um problema social ou humano, através da construção de um retrato profundo e holístico, resultante de relatos pormenorizados dos actores envolvidos, por meio de palavras – os dados da investigação – e conduzidos num contexto natural (Creswell, 1994).

Neste tipo de investigação, a realidade é uma construção de todos os nela envolvidos, pelo que o investigador qualitativo se depara com múltiplas realidades – a dos actores envolvidos no processo, a sua própria realidade e, ainda, a dos espectadores. Assim, cumpre-lhe confiar nos testemunhos e reportar essas realidades de forma fiel e isenta.

Neste processo, em que o investigador interage com os actores e pode ser visto como um invasor – que também entra em cena (observador) e/ou espreita os bastidores (entrevistador) –, é fundamental que consiga minimizar a distância entre ambas as partes e criar uma “atmosfera de confiança” (Merriam, 1988). Desta interacção, emerge uma metodologia indutiva que se alicerça na riqueza dos dados recolhidos, conduzindo a padrões ou teorias que ajudam a compreender o objecto em estudo (Creswell, 1994) e a esboçá-lo.

2. Método da Investigação

O *estudo de caso*, concordante com o paradigma qualitativo, é o método de investigação que perspectivámos primordial, uma vez que é ele que permite a

recolha de dados descritivos de um acontecimento específico – **a evolução da Educação para a Saúde em Portugal** –, bem definido num determinado período – **entre 1979 e 1999** – e inscrito num contexto particular – **social e político** – experienciado pelos diversos actores auscultados durante o processo de investigação. A nossa investigação, tal como a concebemos, enquadra-se no denominado *estudo de caso de organizações numa perspectiva histórica* pois incide “sobre uma organização específica, ao longo de um período determinado de tempo, relatando o seu desenvolvimento” (Bogdan & Biklen, 1994).

Ao pretendermos perceber, para além da legislação e das orientações superiores, a criação, implementação e desenvolvimento do projecto Educação para a Saúde nas escolas portuguesas, tornou-se indispensável ouvir quem, ao longo de um determinado período de tempo inicial teve responsabilidades na estrutura das principais instituições, projectos e organismos percursores ou executores directos dos objectivos em causa.

O nosso estudo de caso afigura-se-nos de desenho descritivo (Yin, 1994), uma vez que não tem como escopo formular uma nova teoria nem testar uma antiga. Ao invés, visa apenas descrever e compreender mais amplamente um determinado fenómeno, tanto mais necessária quanto maior a complexidade das variáveis sociais, políticas e económicas em que o mesmo ocorreu.

E, no entanto, sabemos bem como o “estudo de caso único” não é o tipo de pesquisa com a melhor aptidão para o aprofundamento da sua validade, a qual deverá, acima de tudo, suportar-se na consistência teórica das questões colocadas e na coerência interna dos seus objectivos.

No caso concreto da nossa investigação, qualquer outro método de “estudo de caso” – exploratório ou explanatório – no contexto de uma tese de dissertação de mestrado, seria despropositado, até porque o mesmo só seria viável, assim nos parece, em duas circunstâncias muito precisas: a primeira, se porventura qualquer outro processo, eventualmente a Educação para a Cidadania, tivesse beneficiado da mesma dinâmica organizativa; a segunda, se fosse tecnicamente possível comparar a experiência portuguesa com outras

experiências similares de Educação para a Saúde noutros países aderentes à REEPS. Ora, nem o primeiro caso é similar nem o segundo é exequível.

3. Técnica da Entrevista

A entrevista, uma das técnicas de recolha de dados utilizada em investigação qualitativa, baseia-se numa conversa planeada, geralmente entre o entrevistador (investigador) e apenas um entrevistado (actor), com o objectivo de recolher dados descritivos na primeira pessoa.

A técnica da entrevista pode ser aplicada em conjunto com outras técnicas, quer qualitativas quer quantitativas, ou ser a sede da recolha de informações. Em qualquer dos casos, deve-se informar claramente o actor acerca do objectivo da entrevista e dos moldes em que a mesma se irá desenrolar.

O grau de estruturação de entrevista que nos parece mais adequado aos objectivos da nossa investigação é o que oferece “ao investigador uma amplitude de temas considerável, que lhe permite levantar uma série de tópicos” e oferece ao actor “a oportunidade de moldar o seu conteúdo” (Bogdan & Biklen, 1994).

Estas entrevistas, designadas por semi-estruturadas (ou semi-directivas) permitem recolher dados comparáveis entre os vários actores uma vez que a própria dinâmica da entrevista a vai direccionando, quase que aleatoriamente, por um conjunto de questões que respeitam um quadro teórico e que foram previamente reunidas na forma de guião flexível. Além disso, este grau de estruturação permite que as ideias do actor e a sua exposição possam ser interrompidas com uma nova questão, constante ou não do guião, de forma a limitar os dados recolhidos.

As entrevistas semi-estruturadas necessitam de uma preparação tão cuidada quanto as estruturadas e ainda uma maior disciplina e criatividade na

sua prossecução, bem como um maior tempo de análise e de interpretação dos dados após a realização da sessão (Wengraf, 2001).

Assim, a consistência teórica das questões a colocar e a coerência interna do objecto do estudo deverão passar, a nosso ver, por uma rigorosa identificação das questões e pela exigência de serem ouvidos responsáveis oriundos de áreas distintas. Acresce ainda que estamos convictos de que a potencialidade dialéctica da emergência de experiências, pontos de vista e ângulos de abordagem diferenciados poderá contribuir para dar uma maior relevância qualitativa aos resultados da pesquisa.

Encaramos, pois, a entrevista como corolário de um processo em que uma parte do trabalho de casa está feito: em que o entrevistador tem um conhecimento aprofundado das variáveis, das circunstâncias e dos condicionalismos em que o caso se produziu; conhece minimamente os actores e o papel que cada um desempenhou; sabe, à partida, os objectivos pretendidos e os alcançados. Um entrevistador que, não desconhecendo totalmente o “por que”, pretende, acima de tudo, entender o “como”.

3.1 Pressupostos da Entrevista

Sendo a entrevista um processo corrente de obter informações de outra pessoa, ela vive, em grande medida, da empatia que se consegue estabelecer entre o entrevistador e o entrevistado. Daí a necessidade de saber valorizar, tornando única e insubstituível, a versão pessoal do entrevistado para os objectivos a atingir. No nosso caso, a escolha dos entrevistados foi favorecida por uma teia muito benéfica de relações que conseguimos estabelecer através de vários contactos prévios, tanto ao nível do MS como do ME. Por outro lado, organizámos as entrevistas com marcação prévia, garantindo assim uma maior disponibilidade dos entrevistados.

Como já referimos, utilizámos a técnica da entrevista sem grelha rígida, o que permitiu aos entrevistados direccionar as suas abordagens de acordo com

os seus critérios pessoais de relevâncias. Só assim foi possível, sem demasiada ansiedade, aperceber algumas dimensões inesperadas do tópico em estudo (Bogdan e Bilken, 1994).

De qualquer forma, havendo um conjunto de questões, resultante do levantamento temático previamente efectuado e da sua consequente problematização, que não pode ser iludido, existiria sempre a necessidade de elaboração de um pacote de questões mínimas colocadas à consideração de todos os entrevistados. Até porque só assim seria possível estabelecer comparações e fazer validações.

O modelo de guião, que mais à frente, em 3.4.1, apresentamos, procurou abarcar algumas dessas linhas de força que considerámos mais relevantes, nomeadamente: o processo de definição das problemáticas; a adequação das estruturas e dos meios face aos objectivos; a escolha dos responsáveis e do seu grau de envolvimento pessoal; a definição das estratégias; a regularidade do processo; as lacunas, os saltos e as omissões; os sucessos e as frustrações...

3.2 Actores

Assim, muito mais interessante e indispensável foi poder verificar – através de um conjunto de entrevistas, cirurgicamente realizadas com os principais responsáveis pela área da Saúde Escolar, da Promoção da Saúde em ambiente escolar e, muito especialmente, da Educação para a Saúde – a coerência das políticas, a clareza dos objectivos e, por fim, as metas alcançadas durante estes vinte anos (1979-1999) e os eventuais desvios.

Nesse sentido, tornou-se indispensável entrevistar o maior número possível dos responsáveis das seguintes instituições e áreas de intervenção:

- 1) Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários (DGCSP)
- 2) Direcção de Serviços de Saúde Escolar e Ocupacional (DSSEO)
- 3) Projecto VIDA

- 4) Projecto “Viva a Escola”
- 5) Programa para a Promoção e Educação para a Saúde (PPES)
- 6) Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS)
- 7) Centro de Apoio Nacional às EPS (CAN)
- 8) Comissão Coordenadora da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES)

Nos organismos onde se verificou a convivência de entidades provenientes de mais de um ministério achámos do maior interesse não nos limitarmos a inquirir apenas uma parte, mas ter sempre a possibilidade de ouvir a outra sensibilidade.

3.3 Instrumentos de Investigação

Tendo por base a experiência pessoal, única e irrepetível, dos principais actores dos diversos projectos inseridos na problemática da Educação para a Saúde, durante os trinta anos a seguir ao 25 de Abril, as entrevistas realizadas no âmbito desta tese, pretenderam veicular a recuperação da memória de quem teve acção preponderante e/ou determinante na elaboração, direcção, coordenação e execução das políticas educacionais atinentes.

As entrevistas são, no âmbito desta tese, o único veículo de auscultação e registo das experiências pessoais dos actores, que a nível directivo e coordenador das estruturas centrais, regionais e locais, lideraram os diversos projectos inseridos nas políticas de Educação para a Saúde, durante o período de 1979-1999.

Assim, todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e devolvidas aos entrevistados para possíveis correcções e, posteriormente, utilizadas como material de referência na construção do relatório de investigação.

3.4 A Entrevista

3.4.1 Os Entrevistados

A escolha dos entrevistados resultou de um trabalho prévio de pesquisa e triagem, efectuado a nível do ME e do MS, e teve por base a relevância das funções exercidas nos vários projectos desenvolvidos e aplicados na área em estudo, assim como a disponibilidade manifestada pelos potenciais entrevistados.

Para um conveniente conhecimento da relevância dos actores entrevistados, que identificamos por meio de iniciais, apresentam-se, a seguir, alguns dados sucintos sobre as suas biografias:

EC: Licenciado em Medicina; adjunto do Chefe de Divisão de Educação para a Saúde, do MS; Coordenador de Centro de Saúde e responsável pela Saúde Escolar; colaborador de projectos escolares de Promoção e Educação para a Saúde.

MSP: Licenciada em Medicina; Chefe de Serviços Distrital do Programa de Protecção Materno-infantil; responsável do sector de Educação Sanitária do Instituto Maternal; responsável pela Divisão de Educação para a Saúde, do MS; representante da DGS junto da União Internacional de Educação para a Saúde.

PRS: Licenciado em Medicina; coordenador concelhio de Saúde Escolar; adjunto do coordenador de Educação para a Saúde, do MS.

CP: Licenciada em Biologia; Professora do Ensino Secundário, responsável escolar de Educação para a Saúde.

JC: Licenciada em Línguas e Literaturas Modernas; coordenadora escolar de Educação para a Saúde; coordenadora de Educação para a Saúde, do ME.

LN: Educadora de Infância; formadora de Educação para a Saúde, professora-operadora e coordenadora regional de Educação para a Saúde.

3.4.2 O Guião da Entrevista

Questão de abertura: Ainda se recorda em que circunstâncias começou a ver-se envolvido nas questões da Educação para a Saúde?

Área de Inquirição 1 – O(s) Projecto(s)

- 1) Em traços gerais como caracterizaria o(s) Projecto(s) em que esteve envolvido?
- 2) Esteve envolvido no(s) Projecto(s) desde o início, isto é, ainda na fase de concepção, ou a sua entrada deu-se já na fase de execução?
- 3) A organização, coordenação, desenvolvimento e execução do(s) Projecto(s) correspondeu às suas expectativas iniciais?
- 4) Como definiria o(s) Projecto(s), quanto à clareza dos objectivos?
- 5) O que era para si prioritário quando deu início ao trabalho?
- 6) O seu envolvimento no(s) Projecto(s) proporcionou-lhe uma visão nova da problemática da Educação, em geral, e da Educação para a Saúde, em particular?
- 7) Concluído(s) o(s) Projecto(s) ou estando o(s) mesmo(s) ainda a decorrer como definiria o seu grau de execução?
- 8) Considera que alcançou parcial ou totalmente os objectivos para que foi nomeado?
- 9) Concluído(s) o(s) Projecto(s) ou estando o(s) mesmo(s) ainda a decorrer teria alterado alguma coisa na sua actuação?
- 10) Concluído(s) o(s) Projecto(s) ou estando o(s) mesmo(s) ainda a decorrer continua a considerar válidas, como no início, as razões que lhe(s) estiveram na origem?

Área de Inquirição 2 – As Relações

- 11) O desempenho das suas funções implicava o contacto, para além dos seus pares, com variados agentes e operadores do sistema. Como caracterizaria essas relações?
- 12) Sendo a Educação para a Saúde um espaço de confluência de duas realidades ministeriais distintas, encontrou alguma dificuldade de relacionamento, nomeadamente gerada por eventuais conflitos de interesses ou perspectivas diversas de entendimento ou abordagem?
- 13) Definido(s) o(s) Projecto(s) e distribuídas as tarefas, considera suficiente o grau de autonomia com que desenvolveu as suas funções?
- 14) Que apreciação faria sobre o grau de satisfação das relações institucionais geradas pelo(s) Projecto(s)?
- 15) Está convicto de que os meios postos à disposição e os métodos e meios utilizados para levar à prática a execução do(s) Projecto(s), ao nível dos diversos escalões, foram os mais indicados?
- 16) Como classificaria o grau de adesão dos diferentes operadores e destinatários do(s) Projecto(s)?

Área de Inquirição 3 – O Enriquecimento Pessoal

- 17) Em que medida o seu envolvimento no(s) Projecto(s) contribuiu para alterar a sua vida e/ou o seu projecto de vida?
- 18) Publicou, sobre ou com base na sua experiência, algum(s) trabalho(s) científico(s) – artigos, livros, etc?
- 19) Participou em congressos ou em quaisquer outras reuniões nacionais ou internacionais ou fóruns especializados?
- 20) Com base na sua experiência, qual a apreciação global que faz da evolução da Educação para a Saúde enquanto esteve envolvido no(s) Projecto(s)?

- 21) Considera que tem hoje uma opinião diferente, ou mais consolidada, sobre a necessidade da Educação para a Saúde?
- 22) À data da sua saída, como perspectivava o futuro da Educação para a Saúde, em Portugal?
- 23) Em sua opinião, o actual modelo de EPS é o mais adequado para a promoção da Educação para a Saúde?
- 24) Chegados ao fim da entrevista, gostaria ainda de explorar qualquer assunto que lhe pareça pertinente e que não tenhamos abordado?

4. Fundamentos Teóricos da Análise

Como sabemos, uma análise qualitativa resulta do sentido atribuído aos vários dados recolhidos com vista à obtenção de respostas às questões de investigação formuladas, tratando-se, por isso, de um processo indutivo, no qual se parte do particular para o geral (Creswell, 2004).

Esta análise implica um procedimento simultâneo de recolha e análise de dados que permitiu, no nosso caso, uma adaptação constante do guião de entrevista (semi-estruturada) com vista a uma melhor exploração das questões inicialmente formuladas. E porque este tipo de análise também permite, em qualquer momento da investigação, regressar aos actores e às restantes fontes para preenchimento de lacunas de informação que, entretanto, tenham surgido, ao longo da investigação procedemos, também por isso, a um frequente redesenhar do guião.

A análise qualitativa, sendo essencialmente interpretativa, não vive à margem do próprio investigador – que com ela interage e lhe confere um cunho particular – e é, por isso, não exclusiva e eclética.

Assim, recolhida a informação veiculada pelas entrevistas, procedemos à sua audição e transcrição para suporte informático; após o que foi feita uma leitura transversal de forma a obter um sentido geral do material recolhido, bem

como o desenho preliminar e exploratório das concordâncias e divergências dos vários actores.

Seguidamente, avançámos no processo de análise das entrevistas através da segmentação e codificação dos textos tendo em vista o seu enquadramento temático.

Depois de completa a codificação, expurgados os códigos desprezíveis e redundantes e criados outros que emergiram da análise preliminar, reduzimos a nossa lista a 24 códigos e 7 temáticas, de acordo com os padrões aconselhados (Creswell, 2004).

A codificação permitiu-nos criar uma tabela onde organizámos e sistematizámos tematicamente as entrevistas. Primeiro, agrupámos, por código, cada segmento discursivo correspondente de cada um dos actores, naquilo a que designámos por discurso codificado. Depois, integrámos os diversos segmentos de texto, ainda por códigos, estabelecendo um discurso articulado que nos serviu de base à discussão final.

Capítulo IV – Discussão de Resultados

1. Reformulação das Áreas de Inquirição

Da análise dos materiais empíricos recolhidos durante as entrevistas realizadas e da subsequente codificação temática imposta pela metodologia adoptada, entendemos, para uma melhor abordagem crítica, reformular as áreas de inquirição inicialmente seleccionadas, nomeadamente com a introdução de uma quarta área, denominada Educação para a Saúde, na qual são exploradas a sua evolução e as perspectivas de futuro.

Área de Inquirição 1 – O(s) Projecto(s)

Temática 1 – Concepção, Desenvolvimento e Execução

- Código 1 – Caracterização
- Código 2 – Início da Participação
- Código 3 – Cumprimento das Expectativas
- Código 4 – Clareza dos Objectivos
- Código 5 – Prioridades

Temática 2 – Grau de Execução dos Objectivos

- Código 6 – Definição
- Código 7 – Concretização
- Código 8 – Validade
- Código 9 – Alterações Desejáveis

Área de Inquirição 2 – As Relações

Temática 3 – Relações Institucionais e Humanas

- Código 10 – Relações Institucionais
- Código 11 – Relações Interpares e Outros Actores do Sistema
- Código 12 – Relações com os Destinatários

Temática 4 – Autonomia de Execução

- Código 13 – Independência Hierárquica

Código 14 – Meios e Métodos Utilizados

Código 15 – Grau de Adesão dos Diversos Escalões

Área de Inquirição 3 – O Enriquecimento Pessoal

Temática 5 – Motivações Iniciais

Código 16 – Factores Individuais

Código 17 – Factores Determinantes do Envolvimento

Temática 6 – Impacto no projecto de vida

Código 18 – Pessoal

Código 19 – Familiar

Código 20 – Profissional

Área de Inquirição 4 – Educação para a Saúde

Temática 7 – Evolução da Educação para a Saúde

Código 21 – Apreciação Global da Evolução

Código 22 – Consolidação da Necessidade

Código 23 – Escolas Promotoras de Saúde

Código 24 – Perspectivas de Futuro

2. Análise Crítica das Entrevistas

2.1 Saúde e Educação – Dois Processos Desiguais

Da abordagem comparativa entre os tempos políticos das histórias da Saúde e da Educação em Portugal, durante os últimos sessenta anos, ressalta que as políticas integradas de Saúde têm sido, de há muito, claramente determinadas pelas orientações internacionais, enquanto as políticas de Educação o têm sido mais por questões vincadamente ideológicas, mesmo quando, aparentemente, originadas por motivos meramente pragmáticos.

E se isso já era notório antes do 25 de Abril de 1974, mais evidente se mostra no período seguinte em que as condições sócio-políticas imprimiram, então, uma dinâmica explosiva numa sociedade até aí enclausurada e que aspirava a uma outra respiração.

Enquanto a criação do SNS é porventura o acontecimento mais significativo e o momento charneira nesse processo em que já não bastava a caridade de uma “assistência social” feita apenas para colmatar as carências da “beneficência” mas em que, assumidamente, cabe ao Estado democrático assegurar o direito à Saúde de todos os cidadãos, também a Educação tem, na democratização do ensino, o seu instrumento de maior alcance social. Doravante, assume-se que aos portugueses já não basta apenas saber ler, escrever e contar, mas que a Educação é um direito de todos e que o Estado deve garantir o seu acesso generalizado e obrigatório.

Tanto num caso como no outro, a generalidade dos estudos sociológicos levados a efeito sobre o período a seguir à Revolução relevam de um impulso político nacional importante na vontade do legislador, exagerado mas compreensível em face do confronto político-ideológico que marcou os primeiros anos a seguir à Revolução. Recordemos, a propósito, que durante o período revolucionário a Educação era considerada um contributo importante para a construção da sociedade socialista (Stoer, 1986).

Ora, no que se refere à Saúde, se atendermos às recomendações dos organismos internacionais, o que vemos é a confluência feliz do que era o conjunto dos imperativos culturais e humanistas já assumidos no concerto das nações mais desenvolvidas e o acontecimento histórico político-social que eclodiu em Portugal, em 1974. Foi esta oportunidade única, que os portugueses souberam apropriar e transformar em Revolução, que criou as condições excepcionais para uma mudança radical do paradigma em que assentava a todo edifício sanitário do Estado Novo.

Tendo aderido, logo em 1946, à OMS, Portugal em face do seu atraso com os países sanitariamente mais evoluídos, passou a subordinar, tal como

muitos outros, toda a sua política sanitária às directrizes dimanadas da OMS que passou a acumular “o monopólio da produção das noções, dos conceitos e dos discursos utilizados nas legislações de saúde de grande parte dos países do mundo” (Carapinheiro, 2006).

Nesta conformidade, toda a década de cinquenta portuguesa é marcada pela criação de estruturas, quadros e organização funcional que culminará, em 1958, com a deslocação dos serviços de saúde públicos e de assistência pública do Ministério do Interior para o recém-criado Ministério da Saúde e Assistência.

O *élan* revolucionário de 74 veio encontrar já um país minimamente apetrechado, embora com uma organização assistencial complexa, mas programaticamente conforme ao figurino que as agendas das organizações internacionais, nomeadamente a OMS, determinavam (Carapinheiro, 2006).

Com efeito, sem embargo de outras recomendações da OMS, é a partir da Convenção de Alma-Ata que a preferência pelas políticas preventivas sobre as actividades meramente curativas adquirem um estatuto preponderante na linguagem sanitária nacional.

A conferência de Alma Ata, (1978 – Declaração de Alma Ata – Estratégia Mundial de *Saúde para Todos*), ao definir um programa de saúde pública com base nos cuidados de saúde primários, encontrou, no novel SNS, espaço adequado e privilegiado. Isto, pese embora a produção legislativa ter privilegiado, formalmente e sem reservas, a vertente promocional dos CS mas, inversamente, ter continuado a canalizar a maior parte do investimento público para os grandes hospitais (Branco e Ramos, 2001).

E esta parece ter sido, desde sempre, uma contradição persistente porque o desinvestimento público nos Cuidados de Saúde Primários, por oposição à lógica hospitalar de carácter curativo, de acordo com os princípios da universalidade e da gratuitidade, implicou amplos investimentos e gastos crescentes numa centralidade informal não legitimada pela força da Lei.

E se essa contradição já era notória na década de oitenta, a década seguinte viu a situação agravar-se com a introdução de políticas claramente néo-liberais, de abertura à iniciativa privada, de partilha das prestações de Saúde, etc., remetendo os cidadãos para a defesa e promoção da saúde individual. Sendo que, gravosamente, estes novos modelos continuaram a centrar-se na velha concepção hospitalocêntrica (Carapinheiro, 2006).

Ora, desde 1979, que a saúde pública devia assentar numa estratégia de prevenção e promoção da saúde, sem recurso a centros de alta tecnologia médica e numa cada vez maior consciencialização pessoal da implicação dos factores ambientais na saúde individual e colectiva e na escolha dos “estilos de vida saudáveis”. E é neste ponto que voltamos à Escola, porque a Escola é o local privilegiado da Educação para a Saúde (Natário, 1993).

Por força da natureza das coisas – convém recordar que a Saúde trata, preferencialmente, do corpo, enquanto a Educação trata do espírito – tem sido mais fácil reformar o SNS, através de pequenas mas eficazes alterações, do que fazer o mesmo com o sector da Educação, que se tem caracterizado por sucessivas reformas de âmbito mais global, cada uma mais ambiciosa do que a antecedente, mas com resultados práticos pouco significativos, quando não, muitas vezes, completamente contraproducentes (Stoer, 1986).

De facto, o SNS, criado pela Constituição de 1976, só haveria de ser legislado em 1979 e, durante o período em análise, foi apenas objecto de uma reforma significativa, em 1990, pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde), por imperativos de sustentabilidade financeira (Carreira, 1996).

Na verdade, com um percurso mais sinuoso, a Educação em Portugal não beneficiou, como a Saúde, mais cedo, da adesão a directrizes internacionais. Certamente, outra seria a evolução se tivesse existido também uma qualquer “Organização Mundial de Educação”. Assim, ao contrário dos Serviços de Saúde, cuja evolução vem já dos anos quarenta, o sistema educativo português só nas vésperas do 25 de Abril, com Veiga Simão, viu abrirem-se, timidamente, as primeiras portas duma reforma que tardava. Reforma que, na prática, só

acabaria por ser, em alguns aspectos, retomada e concretizada depois da Revolução, sendo que quatro dos mais importantes ministros, os autênticos “engenheiros” do sistema educativo português da democracia (Victor Crespo, Roberto Carneiro, João de Deus Pinheiro e Marçal Grilo), vieram dessa fornada pré-revolucionária (Nóvoa, 2002).

Estamos, pois, em presença de duas realidades distintas e com percursos diferenciados, em que a situação periférica de Portugal, até demasiado tarde predominantemente rural, pesou sobremaneira no fechamento aos padrões de cultura próprios das sociedades mais industrializadas. Durante o consulado salazarista, a Educação sofre ainda a desconfiança de um regime avesso a tudo o que pudesse ser entendido como ideias progressistas. E tanto assim é que a própria “Reforma Veiga Simão” irá sofrer o impacto das contradições geradas no interior de um regime incapaz de suportar essa pequena abertura, logo rapidamente esgotada (Stoer, 1986).

A Revolução de 1974 e a mobilização social por ela gerada trouxeram as questões culturais e educativas para o centro do debate político. A democratização da sociedade implicou a necessidade da legitimação do novo regime, por oposição ao obscurantismo do regime anterior. E a construção de uma sociedade *a caminho do socialismo*, desde logo aprisionou, ideologicamente, a Educação. E é desse pecado original, dessa concepção utópica da Educação ao serviço de fins exteriores ao homem, de concepções mais ou menos vanguardistas, ainda que cheias de boas intenções, que enferma todo o percurso da Educação até aos nossos dias (Stoer, 1986).

Assim, a partir dos anos 80 e até meados dos anos 90, a urgência da modernização do Estado, por força da adesão ao espaço comunitário europeu, passou a estar no discurso sobre as prioridades da Educação, consubstanciado na necessidade duma maior qualificação dos portugueses. O conceito utilitário de uma Educação ao serviço da economia é agora a marca distintiva desse novo conceito de Educação (Teodoro e Aníbal, 2004).

Com décadas de atraso, em relação à Saúde, a Educação está agora, finalmente, a dar os primeiros passos no caminho de um padrão de convergência internacional, que a intervenção comunitária, através dos fundos comunitários e das normativas de Bruxelas, fatalmente imporá. Doravante, é esse modelo de desenvolvimento, de que a moeda única é a face mais visível, que justifica as políticas educativas mais recentes, como a valorização das competências, a gestão profissionalizada das escolas ou a Educação para a Saúde.

Estamos, pois, no âmbito de um novo paradigma – bem longe de uma escola vocacionada para a “emancipação dos povos” – em que o discurso da cidadania foi substituído pelo discurso da competitividade. E sendo esta a nova matriz ideológica com que nos defrontamos, o caso da Educação para a Saúde é profundamente sintomático porque, desde Alma Ata até à RNEPS, a consolidação do conceito de Educação para a Saúde, que se insere nos Cuidados de Saúde Primários, acaba por resultar dessa confluência supranacional de políticas, interesses e directivas. E se não quisermos ser elitistas e tivermos em conta o conceito e as características definidas na Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata (1978), podemos dizer que, em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários já têm uma história consolidada de trinta anos (Branco e Ramos, 2001).

Por isso, o nosso interesse em escutar a experiência dos protagonistas, com origens e formações tão diferenciadas, e perceber a compatibilização dos objectivos da Educação para Saúde, enquanto componente importante do caminho para a felicidade individual, com os interesses económicos mais gerais da sociedade globalizada.

Este é, pois, o testemunho pessoal de quem, desde o nível mais alto da coordenação nacional até ao nível mais baixo na aplicação no terreno, quer no âmbito da Saúde quer no âmbito da Educação, procuraram construir o ainda frágil edifício português da Educação para a Saúde. E sem querer antecipar conclusões, o retrato que fica, embora muito parcelar, é já um esboço suficientemente credível de um sonho adiado.

Uma ressalva, porém: não se trata de contar a História da Educação para a Saúde em Portugal. Essa é uma outra história. O que nos moveu foi podermos olhar, por dentro, um processo de mudança de comportamentos e mentalidades e compreender em que medida esse mesmo processo mudou os seus actores. Quanto à verdadeira História, como diz uma nossa entrevistada, *«Realmente, está aí uma coisa que ainda se está a tempo de fazer: contar a História da Educação para a Saúde. Como surgiu no mundo, na Europa, no país, e no país fazer a história, desde a Medicina Escolar e Medicina Pedagógica e projectando-a no futuro. Olha que boa ideia, tenho de falar com a C sobre isto.»* (JC)

2.2 Uma Visão Crítica Sobre os Discursos

Temática 1 – Concepção, Desenvolvimento e Execução

Caracterização

A Educação para a Saúde, antes de ser um projecto educativo, começou por ser uma área inespecífica da Saúde, por um lado, ligada ao Instituto Maternal e à saúde materno-infantil, e, por outro lado, com uma vertente importante na área da Saúde Escolar. Desde 1968 e até ao 25 de Abril, a Educação para a Saúde é, no MS, algo pouco mais que incipiente, tendo sido a criação do SMP, em 1975, o primeiro momento determinante do processo de formação e disseminação de uma ideia vanguardista de Promoção e Educação para a Saúde, que bebia no sociólogo brasileiro Paulo Freire uma certa metodologia de que tudo era possível fazer-se com as populações.

Na verdade, foi esta pedagogia radical, baseada na obra de Freire mas também nos métodos de Freinet, com a rejeição aparente da ligação indústria-educação, que forneceu o modelo adoptado para a educação revolucionária em Portugal (Stoer, 1986).

E esta utopia, baseada na premissa voluntarista de que o homem está sempre disponível para tomar conta do seu próprio destino, tinha, na verdade, ao mais alto nível da hierarquia do MS, altos mentores e francos prosélitos.

Com efeito, a coordenadora nacional da Divisão de Promoção de Saúde relevou essa forte componente sociológica, ao afirmar: *«Sempre fui uma seguidora fervorosa do educador brasileiro Paulo Freire. Encarei sempre a formação como o fornecimento de um instrumento. Para mim, dar formação é ajudar a mudar. O provérbio chinês "não dê o peixe, dá antes a cana e ensina-o a pescar», foi sempre o meu lema e o meu propósito»* (MSP).

Também um técnico superior que entrevistámos nos afirmou: *«A perspectiva da Divisão, quando vim para cá (1987), era muito influenciada pelo Paulo Freire e por toda aquela pedagogia libertadora de que era com os próprios, fossem crianças ou não, que podíamos trabalhar para construir fosse o que fosse»* (PRS).

Esta ideia enformadora de um certo modelo de abordagem, por parte dos responsáveis da Saúde, irá manter-se durante todo o período analisado neste trabalho, isto é, desde 1979 até 1999. Pese embora o facto de todo este largo período, em termos de políticas de Educação, ser pautado por um desejo de “normalização”, caracterizado pela definição de fronteiras entre a sociedade civil e o Estado, com o último a restabelecer uma nítida predominância sobre o primeiro (Stoer, 1986).

Na área da Educação, o momento decisivo da problemática da Educação para a Saúde é, sem dúvida o programa “Viva a Escola”. É certo que, como já referimos, o SMP já vinha, anteriormente, desenvolvendo, de forma sistemática, um conjunto de acções junto da população escolar.

«O Serviço Médico à Periferia, só para localizar, que já não existe, existia, na altura, como 1º ano de prática clínica autónoma, portanto os dois primeiros anos eram chamados de medicina tutelada: fazíamos centros de saúde e hospital. Esse foi o primeiro ano de autonomia. E esse foi o primeiro contacto.

Na Faculdade nunca se tinha falado em Educação para a Saúde e aprendi muito com o pessoal de enfermagem de então» (EC).

Pessoal de enfermagem dos antigos Dispensários que tinham recebido formação específica nessa área, no âmbito das campanhas de Educação Sanitária, durante os anos de 72 e 73, e formado a primeira rede de técnicos promotores de Saúde *«em que as enfermeiras dos serviços locais ministravam aulas de Saúde nos cursos destinados às mulheres do meio rural ou de concelhos de zonas interiores, onde se procurava, acima de tudo, tirar dúvidas e adequar os ensinamentos ao modo de vida dessas populações, por forma a haver maior receptibilidade. De um modo geral, eram abordadas questões ligadas ao planeamento familiar, à pílula e aos outros métodos anticonceptivos, à educação dos filhos, às atitudes adequadas ao seu papel de mães e educadoras» (MSP).*

É, contudo, o programa “Viva a Escola” (Despacho 96/ME/90, de 19 de Junho), o momento charneira em que, pela primeira vez, de uma forma organizada e coordenada o ME e o MS se envolvem num projecto comum. Projecto que tinha como objectivos gerais:

«Proporcionar aos jovens a possibilidade de desenvolverem:

Comportamentos de autonomia

Sentido de responsabilidade

Sentido crítico.

Criar na escola condições para a vivência saudável de sentimentos de prazer, emoção e risco controlado.

Construir “Climas de Escola” cooperativos, dinâmicos e estimulantes, capazes de fazer deles um factor decisivo no desenvolvimento da auto-estima dos alunos, facilitando-lhe a aquisição do sentido de pertença a um grupo»

(Projecto “Viva a Escola”, 1996, p. 4)

A iniludível importância deste programa ressalta, desde logo, nas múltiplas referências feitas pelos diversos entrevistados, de que ressaltamos esta:

«O primeiro projecto que fiz foi no âmbito do “Viva a Escola”, sobre as toxicodependências. Tratava-se de um concurso nacional em que os sessenta melhores projectos de escola teriam uma bolsa de trezentos contos para os desenvolver. Apresentei o único projecto nacional sobre o combate ao alcoolismo e foi ele que ganhou no distrito de Castelo Branco» (JC).

Na realidade, no ano lectivo de 1990/1991, ano de arranque do Projecto “Viva a Escola”, candidataram-se 168 escolas, tendo sido seleccionados 63 projectos. (Projecto “Viva a Escola”, 1996, p. 6)

O “Viva a Escola” representa também, por outro lado, um certo virar de página, porque é partir dele que o ME começa, paulatina mas consistentemente, a tomar as rédeas da Educação para a Saúde. Isto, pese embora o MS ter continuado ainda, durante bastante tempo, a manter estruturas próprias no âmbito da Saúde Escolar. A propósito, um dos entrevistados afirmou-nos que *«até 1992 estive em funções de conceptualização e elaboração de propostas, a nível central, sempre aprovadas no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)» (EC).*

Na verdade, a nível do MS continuou a haver um programa geral chamado PNSE, além de diversos programas específicos. E só depois de se passar pelo primeiro era possível transitar para os seguintes.

Socorremo-nos mais uma vez do mesmo entrevistado, que começou a sua actividade médica, ao nível concelhio, ligado, desde sempre, à Saúde Escolar, tendo posteriormente transitado para a DGS onde assessorou e coordenou a mesma área, tendo ido, mais tarde, para um CS onde continua, até hoje, a trabalhar com as escolas do seu concelho. Disse-nos ele: *«O programa geral era basicamente de ordem clínica, e utilizava a técnica dos rastreios: auditivos, visuais e posturais. Mas também o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e das condições de segurança e salubridade. Os programas específicos tinham como maior componente a Educação para a Saúde,*

nomeadamente a sexualidade, os consumos e, mais recentemente, a saúde oral» (EC).

Aliás, as parcerias das escolas com os CS, sempre saudadas muito positivamente pelos agentes locais, quer escolares quer sanitários, foi uma constante ao longo de todas as entrevistas. *«Estive envolvida sempre em projectos de escola... essencialmente, em parceria com o CS local. Tivemos sempre parcerias com o CS, excepto durante dois ou três anos, porque o Centro não tinha nenhum técnico ligado à Saúde Escolar»,* disse-nos uma coordenadora de escola (CP).

Ora, os CS são organismos descentralizados do MS, integrados nas ARS pelo Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de Abril, que aprova o Regulamento dos CS, devendo assegurar, em cada Centro, um Sector de Educação para a Saúde e Nutrição (Rocha, 1999).

E são os técnicos deste sector que, de acordo com as directivas da DGS, devem colaborar com as escolas, sempre numa perspectiva de *«que o professor é o agente e o profissional da Saúde é muito mais um recurso para trabalhar com o professor»* (EC).

De qualquer modo, podemos afirmar, sem receio de nos enganarmos, com base nas entrevistas efectuadas, cuja validação é possível confirmar através da análise das parcerias dos diversos programas atinentes, (PNSE, PV, PVE, PPES e RNEPS), cronologicamente levados a cabo, que a caminhada da Educação para a Saúde foi um processo longo, originado no âmbito do MS e que, de forma gradual e sem recuos, foi, progressivamente, transitando para o ME. Que esse processo é, desde o início e até 1999, período limite do nosso trabalho, caracterizadamente centralizador. Isto é, os Ministérios impunham, de cima para baixo, o modelo e as prioridades, sendo que as escolas, numa primeira fase, até ao alargamento da RNEPS, aderiram aos mesmos em regime de voluntariado.

Recordemos que o processo de construção das EPS teve início no ano lectivo de 1993/1994 (Despacho 172/ME/93, de 13 de Agosto) e passou pela transformação das equipas do “Viva a Escola” em Equipas de Promoção e Educação para a Saúde (Rocha, 1999).

E esta foi, também, a altura em que o programa passou definitivamente para o ME, que superiormente o definia e coordenava, tendo-se criado, a nível das Direcções Regionais, uma estrutura intermédia que acompanhava, filtrava e apoiava o desenvolvimento dos projectos de escola, suportada, no terreno, por um conjunto de professores-operadores e, a nível de escola, assente na figura do professor-coordenador (Rocha, 1999).

«Eu trabalhava com outra colega, ao nível da Direcção Regional de Educação. A minha função era acompanhar projectos de escola, prestar informação, apoio e orientação e promover o surgimento de novas equipas de projecto. A elaboração dos projectos e a sua apresentação era da responsabilidade das equipas de escola. Nós limitávamo-nos ao papel de revisores finais dos mesmos» (LN), diz-nos, a este propósito, uma entrevistada que trabalhava nessa área específica.

Como já dissemos e se pode inferir, a nível local, as escolas limitavam-se a apresentar projectos que podiam, ou não, ser aprovados. Este modelo persistiu até ao final do período em análise, mesmo quando o PPES foi substituído pela RNEPS. E isso mesmo se pode concluir no que nos disse uma coordenadora nacional deste programa:

«As equipas de escola elaboravam as propostas e apresentavam-nas aos professores-operadores, que andavam no terreno e que conheciam bem quais as escolas que, sob o espírito da perspectiva ecológica, melhor correspondiam ao perfil das EPS. As outras eram também acompanhadas, no sentido de que essa perspectiva ecológica passasse a fazer parte do Projecto Educativo. E esse era um trabalho muito interessante» (EC).

Relevante para a caracterização do modelo da Educação para a Saúde parece-nos o tipo de relacionamento institucional desenvolvido, ao longo do processo, entre o MS e o ME, principais fautores do mesmo. E se a nível local, como já vimos, a perspectiva desse relacionamento é claramente positiva: *«As directivas, essencialmente em termos centrais, baseavam-se na identificação e caracterização dos problemas e nas sugestões de intervenção; sendo que o agente era o professor e o profissional de Saúde um recurso ao seu serviço»* (EC); já nível nacional esse relacionamento não parece ter corrido, sempre, da melhor maneira: *«Neste caso o ME e o MS não conseguiram articular-se correctamente. Em Lisboa tal foi possível, mas no resto do país isso não foi notório»* (JC).

Em todo o caso, na tentativa de atribuir o seu a seu dono, a primeira acção específica relevante no âmbito da Educação para a Saúde terá sido a Experiência Piloto em Meio Escolar levada a cabo com supervisão da UNESCO e executada pelos professores-mediadores e técnicos das Equipas de Prevenção Primária dos três Centros Regionais do Centro de Estudos e Prevenção da Droga (CEPD). Esta acção, que foi levada a cabo durante os anos de 1979/83, com um enfoque claramente de tipo clínico, objectivado para a juventude, foi, nos anos de 1984/86, alargada à zona Sul, através de um novo protocolo, com o intuito interventivo apostado na captação do interesse das escolas.

Em 1987/90, com a criação do Projecto VIDA, foram formados, ainda pelos CEPD's, os professores-operadores, na tentativa de dar resposta a um enorme número de escolas, relativamente a pedidos de acções de informação/sensibilização.

Finalmente, em 1990, com o Projecto "Viva a Escola" *«é feita a "passagem do testemunho" e o ME assume um projecto próprio em que protagoniza o financiamento e a intervenção.»* (Programa do Seminário de Formação para as Equipas Nacional e Regionais – Síntese – Ministério da Educação, Ericeira, 12 a 14 de Outubro de 1993).

Início e Circunstâncias de Participação

Entendemos ser importante, antes de avançarmos na análise das entrevistas, dar a palavra aos nossos entrevistados para que eles próprios possam esclarecer em que momento e em que circunstâncias iniciaram a sua participação no projecto da Educação para a Saúde. E fazemo-lo porque os mesmos têm origens diferentes (três são da área da Saúde e três da área da Educação), sendo que, em qualquer das áreas, temos actores que estão desde o início, quando a Educação para a Saúde era apenas uma miragem, e outros que apanharam o processo a meio ou, até, já no final do período em análise.

Dando-se ainda o facto de o plano em que desenvolveram as suas actividades não ser igual, sendo que, nalguns casos, começaram por baixo e ascenderam ao topo e, noutros casos, começaram no topo, ou em fase intermédia, e desceram à base.

Entendemos que esta diversidade de situações só veio beneficiar o estudo porque, embora a sua complexidade seja manifesta, patenteia uma gama muito diversificada de situações que, sistemicamente, o pode enriquecer.

Assim:

«Estive envolvida desde o início. Comecei a minha carreira profissional, na Madeira, em 1965, no Instituto Maternal, na área da Saúde Materno-Infantil, mas pouco depois, logo que regressei, em 1968, comecei a trabalhar na área da Educação para a Saúde. Tratava-se de um serviço muito incipiente, a dar os primeiros passos. De tal modo que só havia uma pessoa, ainda por cima absorvida por outras tarefas. Assim, tive luz verde para começar a criar uma estrutura» (MSP).

«Entreí na Divisão de Educação para a Saúde da DGS em 1987. Antes e durante 2 anos fui o coordenador da Saúde Escolar do Concelho de Alcobaça. No entanto, o meu interesse e envolvimento nas questões da Educação para

Saúde aconteceu desde sempre, mesmo antes de ir para medicina. Depois da acabar o estágio, em Caldas, em 1985, devido ao meu interesse atribuíram-me doze horas expressas do horário para fazer Educação para a Saúde e Saúde Escolar e pouco tempo depois deram-me coordenação dessas áreas. Foi uma evolução muito natural» (PRS).

«De uma maneira ainda não sistemática, comecei a meio dos anos 80. Estava numa escola, em Alcabideche, e, mesmo por gosto, convidei um médico de Cascais e um psicólogo de uma maneira perfeitamente ocasional. Depois, fui trabalhar para a Beira Baixa, embora a escola pertencesse à área Educativa de Castelo Branco. Em 1990 surgiu, no Conselho Pedagógico, um dos vários documentos que vinha do ME, em que se dizia que ia haver um projecto chamado “Viva a Escola”, a que as escolas podiam concorrer com um projecto de EPS, na área da prevenção das toxicodependências. Seriam seleccionadas sessenta escolas a quem seria dados trezentos contos, na altura, para desenvolver o projecto. Aquilo apareceu apenas a quinze dias do prazo acabar e toda a gente achou que eu era a pessoa indicada para elaborar o projecto. Fiz então um projecto a que chamei “Combate ao Alcoolismo no Concelho de Mação”, e com o subtítulo “Não deixe de beber, aprenda a beber”. Foi o único projecto que tratou exclusivamente do álcool e foi ele que ganhou no distrito de Castelo Branco» (JC).

«Licenciei-me em Medicina e comecei a envolver-me a ver-me envolvido em Educação para a Saúde, logo em 1980/81, na altura do Serviço Médico à Periferia, essencialmente no âmbito da integração nas escolas que era o que se fazia formalmente, em termos de intervenção em Educação para a Saúde, dirigido à população escolar. Na Faculdade nunca se tinha falado em Educação para a Saúde e aprendi muito com o pessoal de enfermagem de então. Dois anos depois, em 1981, candidatei-me ao curso de Saúde Pública e em 1982 fui bombardeado com a Educação para a Saúde, pouco se falava então em Promoção da Saúde. Fiz o internato complementar de Saúde Pública, e sempre trabalhei na comunidade, não só mas muito ligado à área de Saúde Escolar. Em 1985 fui convidado para ir para a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, assim se chamava, hoje DGS, para trabalhar com a senhora directora

dos Serviços de Saúde Escolar e foi francamente com ela que aprendi e consolidei e ficou o “bichinho” da Educação e da Promoção de Saúde» (EC).

«Isso foi cruzado entre circunstâncias profissionais e circunstâncias pessoais. A minha entrada na Educação para a Saúde deu-se em Janeiro/Fevereiro de 1998, através da então coordenadora Regional da Promoção para a Saúde. Eu estava no CAE e tinha-me morrido um filho em 1997 e, em 1998, há um curso de formação para formadores em Educação para a Saúde, promovido pela Equipa Nacional das Escolas Promotoras de Saúde. Era um curso preferencialmente dirigido a pessoas que já estavam nas equipas de projectos. Mas como havia algumas vagas, a D. Idalécia Ferreira desafiou-me, e como eu estava no CAE de facto isso não ia contra; havia até alguma lógica de benefício para o Serviço e para as escolas» (LN).

«Fiquei envolvida quando cheguei cá à escola. Por volta de 1987/1988. Naquela altura, a Educação para a Saúde estava ligada ao PPES. E eu e mais outra colega constituímos um núcleo de Saúde aqui na escola, embora eu só começasse a funcionar mais assiduamente a partir de 1990» (CP).

Depois dos entrevistados terem referido já algumas vezes o PPES achamos, neste caso, oportuno e necessário fornecer algumas informações sobre o mesmo:

«O Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES) foi instituído pelo Despacho 172/ME/93. Nele foram integradas as actividades desenvolvidas no Ministério da Educação, no âmbito do Projecto VIDA – Viva a Escola – (Res. Cons. Ministros 17/90, Despachos 96/ME/90, 255/ME/91, 53/ME/92 e 39/ME/93), bem como actividades de prevenção primária previstas no artº 70º do Decreto-Lei 15/93, de 22 de Janeiro.»

(Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES))

Como se pode ver há alguma confusão, perfeitamente compreensível, na última entrevistada, dado o tempo decorrido. Na realidade, nem em 1987/1988

nem em 1990 o PPES existia; tal só veio a acontecer em 1993. Isto, no entanto, não invalida o essencial da sua afirmação quanto ao modo como se ligou às questões da Educação para a Saúde.

Em todo o caso, o essencial é que parece haver uma linha comum, em todos os depoimentos, capaz de ligar circunstancialismos meramente fortuitos a oportunidades mais ou menos inesperadas, que designaremos, utilizando a terminologia de um dos entrevistados, mais prosaicamente, por “interesse”.

Cumprimento das Expectativas

De um modo geral, embora reconhecendo falhas, todos os entrevistados se manifestaram satisfeitos com o cumprimento inicial das suas expectativas, mas imensamente frustrados com os caminhos do futuro. E esse sentimento, mais claramente acentuado ao nível do pessoal médico, pode ser, neste caso, justificado, em parte, pela perda da predominância organizacional em favor do sector da Educação. Mas também, provavelmente, numa atitude mais positivista desses actores em face da mobilização de meios e da escassez de resultados.

Isto, porque a longa caminhada da Educação para a Saúde não está isenta de escolhos. Como diz uma coordenadora nacional do ME: *«Há sempre falhas; a minha maior angústia é que nunca consegui pôr todos os distritos a trabalhar da mesma maneira. Porquê? Porque depende muito das pessoas; depende muito das chefias. Tudo passava pelo facto de (nos primeiros tempos) os próprios médicos não acreditarem na Educação para a Saúde, na cientificidade das suas bases e, portanto, no interesse da nossa acção. Para muitos clínicos e médicos hospitalares, os médicos de Saúde Pública eram médicos de 2ª. "Lá vem a doutora do paleio", ouvi eu uma vez. Havia muitas resistências, mas também havia muitas pessoas, mesmo ao nível das chefias, que aderiam a cem por cento. De qualquer modo, para o final, quando instituímos os Núcleos de Educação para a Saúde distritais, nenhum distrito se mostrou contra nem contrariado»* (MSP).

Há quem enfatize as questões da comunicação como factor de bloqueio no cumprimento dos objectivos e, consequentemente, também em relação à realização das expectativas. Contudo é sempre no âmbito da resistência à mudança que os maiores entraves parecem encontrar-se.

«É preciso comunicar adequadamente, mas as questões cruciais relacionam-se com a compreensão dos mecanismos de resistência à mudança. É natural esta resistência, e é até positivo que as pessoas sejam muito resistentes à mudança, porque senão, devido à capacidade das empresas de fazer marketing, estaríamos todos com comportamentos pouco saudáveis e a comer bolicas» (PRS).

E, contudo, esta incapacidade humana de mudar os outros chega a raiar os limites do desalento.

«A mensagem não passa, aparentemente não passa, por mais que nós queiramos, não passa. Não é desânimo, mas também não é gratificante. Não é gratificante a intervenção em Educação para a Saúde porque os efeitos não são visíveis. Muda para positivo o conhecimento, não tenho dúvida, mas não muda o comportamento. E esta é uma questão que andamos a discutir há muito tempo» (EC).

Sendo estas duas citações de dois médicos, parece-nos radicar nelas uma certa atitude crítica sobre a teoria de libertação, que sempre enformou a área da Educação para a Saúde, ao nível da Saúde, quando esta vê a educação, essencialmente, como um processo de enriquecimento pessoal produtor de autonomia de pensamento e acção.

É certo que quem trabalha na área da Educação e Promoção da Saúde tem quase sempre uma componente paternalista, que é de querer mudar os outros: *“Torná-los mais saudáveis. E a pergunta que se impõe é porquê? Porque que é que alguém, com bom senso, pode querer mudar os outros? Julga estar mais correcto do que os outros?”* (PRS). Naturalmente que se o outro for uma criança ou um jovem, ainda em processo de formação, a resposta poderá estar

facilitada, mas a confiança no processo de interiorização da mensagem carecerá, sempre, de confirmação.

De qualquer forma, ao nível da formação de professores, a Educação para a Saúde deu um enorme impulso na área da formação. *«Formámos mais de mil técnicos e equipas multidisciplinares – um professor e um técnico de Saúde, psicólogo ou do Serviço Social – que passaram a reproduzir a formação a, pelo menos, dois professores por escola»* (JC). Relevemos, a propósito, as considerações da OMS, de 1999, de que, em todas as comunidades, a formação de professores deve ser a grande prioridade porque os professores não só fornecem a instrução como também servem como modelos para os seus alunos, e a Declaração de Vitterbo quando afirma que a Educação para a Saúde deve ser incluída como parte objectiva da formação inicial de todos os professores (Precioso, 2004).

Também por isso mesmo, a Educação para a Saúde passou a ser, para alguns dos seus agentes, um ideal de Escola. *«Devemos prosseguir sempre utopias mas o que se consegue fazer fica sempre aquém da utopia porque as utopias são inalcançáveis. E o que se fez foi muito próximo duma utopia fantástica e eu tenho muito gosto em ter pertencido a esse grupo»* (LN).

E a designação de “rede” – que não se confunde com da expressão formal da RNEPS – para as escolas que, imbuídas dessa perspectiva idealista, conseguiram cumprir as expectativas iniciais, projectando-se como autênticas Escolas Promotoras de Saúde, perpassa, genericamente, por todas as entrevistas. De tal modo que onde o trabalho deu frutos construiu-se uma rede fortíssima de cumplicidades e solidariedades que persiste até hoje. *«Conseguimos que se constituíssem teias de funcionamento e de trabalho que se tornaram, redes de sustentabilidade. Hoje, as escolas que, ainda, conseguem levar para a frente estes programas são aquelas onde essas redes foram mais fortes»* (JC). Ou ainda, *«As escolas que estão a funcionar, de acordo com a metodologia que defendíamos, são aquelas onde essas redes são mais consistentes»* (JC). Também, *«onde se manteve os laços fortes, onde se criou o tal núcleo duro (essas situações) mantêm-se. A nossa rede está bem oleada»*

(LN). Opinião confirmada por outro entrevistado, quase com as mesmas palavras: *«O que é certo é que a nossa rede está minimamente bem oleada que, em qualquer circunstância, considerada de risco, em muito poucas horas, a equipa está reunida para analisar»* (EC). Ou, ainda, dito de outro modo: *«Hoje em dia, diz-se que existe uma RNEPS, mas eu fico sempre com um ar muito céptico porque, de facto, ela existe no papel, (porque) em termos de rede, que é uma coisa sustentada, de rede não tem nada. Agora, trabalha-se isoladamente. O que ficou, foi da fase inicial, porque há sempre pessoas que gostam da escola e resistem a favor dos alunos»* (LN).

Clareza de Objectivos

A confirmação da clareza dos objectivos estabelece um padrão quase uniforme como resultado da análise das entrevistas. A nível central e local, mais reconhecidamente positivos, porque esses objectivos procuram corresponder às grandes questões sanitárias, sociais e culturais que atravessam a sociedade portuguesa. Isto, desde os Cuidados Primários de Saúde até às Escolas Promotoras de Saúde, em sentido mais lato, passando pelos flagelos da droga, da sida e da gravidez precoce.

Na opinião dos responsáveis de topo, ao nível dos Ministérios, essa clareza nos objectivos assentava, primordialmente, no planeamento anual. *«Nós planeávamos o trabalho anual com base nas estatísticas da DGS e no conhecimento dos factores de risco e depois discutíamos com as equipas que por sua vez adaptavam esse plano segundo as condicionantes locais»* (MSP).

Como metodologia, quase sempre, era elaborado um documento de trabalho, que era enviado para os vários serviços, e só depois de analisadas as diversas sugestões é que era elaborado o planeamento definitivo. Reconhece-se, contudo, que *«Nalguns anos podemos ter sido megalómanos nos nossos objectivos, com vontade de fazermos mais e melhor. No entanto, o maior entrave foi sempre as dificuldades financeiras»* (MSP).

Outro factor determinante e confiante, nomeadamente a partir do Projecto-Piloto das Escolas Promotoras de Saúde, foi a definição dos objectivos com base no que estava, internacionalmente, disposto para o efeito.

Por isso, a nível de escola se possa afirmar, também sem subterfúgios, mas de forma algo vaga, que *«os objectivos eram claros; o que se pretendia era promover a saúde na comunidade escolar»* (CP).

No entanto, a clareza de objectivos pressupõe uma outra componente, a da avaliação de resultados. E que, se há quem defenda que, a nível nacional, a única coisa que se pode fazer é estabelecer objectivos gerais, já que os específicos têm sempre que se adequar à realidade e às problemáticas locais, também se reconhece que se fizeram grandes investimentos e grandes esforços de formação, inclusive, no sentido da avaliação. *«Problema que ainda hoje existe. Como se avalia qualitativamente um processo cujos resultados não são imediatos mas são a médio e longo prazo? Fazia-se avaliações que não permitiam avaliar os objectivos e os seus impactos. Eram claramente só avaliação de objectivos de acção, de actividade, não se avaliavam os out-puts nem os impactos. Por muito que se tenha tentado, ainda hoje continuamos a ter o mesmíssimo problema»* (EC). De facto, reconhece-se que os obstáculos foram sempre muitos. E que sempre, todos os anos, foram feitos relatórios de avaliação mas que esses relatórios não passavam nem passam de relatórios de actividade e não mais do que isso. Talvez seja, pois, nalguns casos, demasiado simplista admitir que os objectivos foram sempre claros, ou, então, sejamos complacentes e aceitemos que isso resulta apenas da atitude demasiado voluntarista dos entrevistados.

Não admira, pois, que seja ao nível mais intermédio que a generalização da clareza dos objectivos seja mais difícil de pronunciar. De facto, *«Grande parte do nosso trabalho era precisamente a definição dos objectivos»* (LN). E porque clarificar é, precisamente, o trabalho das equipas regionais que acompanham, no terreno, os projectos de escola, essa é uma tarefa árdua porque lida, essencialmente, com comportamentos que são sempre traduzidos em conceitos

subjectivos. Daí a enorme dificuldade em passar a escrito, num documento final, e em linguagem acessível, exactamente onde se pretende chegar.

Definição de Prioridades

Sem sombra de dúvidas que as prioridades foram mudando ao longo do período em análise. Aliás, nem outra coisa seria de esperar, em face do processo evolutivo acelerado da sociedade portuguesa durante estes vinte anos que vão de 1979 a 1999. Em primeiro lugar, por tudo o que decorre da própria implantação e desenvolvimento da democracia, bem como do projecto político de adesão à União Europeia. Mas também, em função das grandes transformações sociais, económicas e culturais que o Mundo, em geral, e Portugal, em particular, sofreram durante esse período.

A este propósito, talvez seja oportuno apresentarmos, aqui e agora, alguns números que consideramos significativos e que caracterizam a intensidade dessa evolução. Assim,

«A frequência do ensino secundário não parou de aumentar: quadruplicou em trinta anos, passando de 107.000 alunos, em 1960, para mais de 435.000 em 1994... (enquanto) a despesa pública com os serviços sociais (designadamente educação, saúde e segurança social) em percentagem do Produto, passa de 5,6%, em 1960; para perto de 22%, em 1993.» Tudo isto, ao mesmo tempo que a taxa bruta de natalidade diminuía, em igual período, de 24% para 12%, a população activa no sector primário diminuía drasticamente de 44% para 10% e a percentagem de analfabetos descia de 33% para 11% (Barreto e Preto, 1996).

E se, no início, as grandes questões projectadas pela Conferência de Alma Ata tiveram repercussão imediata, a nível do planeamento e da orientação das prioridades das políticas de Saúde, também é inquestionável que dois fenómenos, à escala mundial, vieram influenciar e condicionar a problemática da Educação para a Saúde. Falamos, necessariamente, dos problemas derivados pelo consumo generalizado, em idade cada vez mais precoce, de

estupefacientes e, também, da eclosão da SIDA. Estamos, pois, já bem longe daquela fase de ensinar às jovens mães como cuidar dos filhos. E, no entanto, tinham passado apenas meia dúzia de anos.

Contudo, não deixa de ser sintomático que, a nível da superestrutura, as prioridades referidas pelos diversos entrevistados sejam, especialmente, de âmbito organizativo e filosofia de abordagem e funcionamento. Como, por exemplo, a afirmação de que *«contribuir para ajudar no desenvolvimento pessoal e das comunidades, tendo como objectivo dar aptidão às pessoas para serem elas a desenvolver as suas próprias capacidades, foi sempre a minha grande preocupação»* (MSP). Ou, ainda, a menção de que *«também decorriam algumas necessidades de formação das próprias equipas; tentava-se que houvesse uma a lógica de formação interna e de alguma investigação/acção»* (MSP).

A nível mais prático, do desenvolvimento dos projectos, as referências são, naturalmente, outras, variando, de acordo com a época a que os vários entrevistados se reportam. Por exemplo:

«Era preocupação, já na altura (1979/82), as questões da sexualidade e educação sexual e os consumos dos produtos tóxicos, e foram os primeiros programas adaptados às particularidades locais» (EC);

«O público-alvo é sempre o mesmo, o pretexto é que muda: primeiro, foi a droga e, depois, a Educação para a Saúde. Foi por aí que eu entrei» (JC);

«A nossa prioridade era a temática da SIDA. Porque em 1986/87 essa questão era muito falada» (CP);

«A nível local, intervenções essencialmente dirigidas aos comportamentos e aos estilos de vida, na área da alimentação, na área dos consumos e na área da sexualidade» (EC);

«Foram, sobretudo, de educação alimentar e higiene oral e também muito na área das competências sociais» (LN);

«Embora incidissem, especialmente, na educação sexual, variavam também na Promoção da Saúde em geral: ou seja, tínhamos também a alimentação, a questão da higiene, as transformações físicas e psíquicas da adolescência, os métodos contraceptivos, a violência e o aborto, que já é educação sexual» (EC);

«As escolas tiveram muita formação nas áreas da alimentação, da toxicodependência, da sexualidade, da saúde mental, dos comportamentos pessoais e sociais...» (LN);

«As áreas prioritárias durante os anos de 1998 e 1999 eram a educação alimentar, higiene oral e também a área das competências sociais» (LN).

De qualquer modo, também são objectivados conceitos mais genéricos e abrangentes como o *«tentar inculcar nas escolas a ideia de Educação e Promoção da Saúde: o que é isso de uma escola saudável?» (JC)* ou utilizar a Educação e Promoção de Saúde *«como grande bengala e grande chapéu-de-chuva, em simultâneo, nas intervenções feitas na Escola» (EC).*

Temática 2 – Grau de Execução dos Objectivos

Definição

Em primeiro lugar, a definição de objectivos contém, dentro de si, um mundo de opções porque definir objectivos é essencialmente fazer escolhas. E fazer escolhas é seleccionar o que é prioritário, com tudo o que de subjectivo isso pode encerrar. Naturalmente que, ao nível mais elevado das hierarquias do MS e ME, os dois principais Ministérios envolvidos neste processo, eram levadas em linha de conta as grandes directrizes da OMS, bem como os dados estatísticos nacionais no que concerne à escola e à saúde pública em geral.

O facto de a Educação para a Saúde ser obra conjunta de mais de um Ministério é, neste contexto, positivamente relevado pelos entrevistados, umas vezes em termos pessoais – «O facto de ter feito muita articulação com o ME contribuiu, também, para que esse caminho resultasse. Percebi melhor o entrosamento da pedagogia com a Saúde» (MSP) – outras vezes em termos institucionais – «Os programas nacionais do “Viva a Escola”, do “Educação para Todos” e do “Programa de Promoção e Educação para a Saúde” sempre foram articulados ao nível de chefia dos dois Ministérios, algumas vezes doutros parceiros, e, ao nível local, também em parcerias. E esses tiveram a grande vantagem de terem sido avaliados fora dos contextos formais de um documento escrito. Havia seminários, havia encontros, essencialmente distritais, mas também por áreas. Foram grandes vantagens de programas, apesar de verticais, serem interministeriais como foram esses» (EC). Mesmo quando, para afinar conceitos e definir estratégias, se tivessem gasto rios de tempo, só aparentemente desperdiçados: «Levei seis meses a discutir, não os conteúdos, mas pontos, vírgulas e parágrafos com um alto funcionário do ME, um senhor que me pareceu estar mais vocacionado para empatar o projecto do que em fazê-lo progredir. Foi esgotante, algumas vezes pensei que ia perder a paciência, contudo, não foi um trabalho totalmente inglório porque serviu de base à criação duma disciplina facultativa, semelhante ao Projecto Escola» (MSP).

Ora, esta necessidade de diálogo e abertura de espírito para o levar a bom termo é tanto mais importante quando os projectos de Educação para a Saúde têm sempre muitas pessoas envolvidas que, infelizmente, nem sempre dominam as questões cuja “predominância são as perspectivas biomédicas, cognitivas e comportamentais, pelo que é preciso negociar, quase sempre arduamente» (PRS).

A nível mais intermédio e local tudo passa pelo «levantamento e diagnóstico das necessidades e potencialidades que se faz para o Projecto Educativo» (LN) de cada escola ou agrupamento de escolas, tendo em vista que tudo seja organizado com lógica, sentido, coerência e consistência, e, essencialmente, com muita clareza. Isto, apesar do núcleo local ser reduzido,

quase sempre, como é na prática, a duas ou três pessoas. Mas porque os projectos têm de ser levados ao Conselho Pedagógico da escola, discutidos e aprovados e incluídos no Plano Anual de Actividades, *«essas actividades terão de ser sempre viradas para a comunidade escolar»* (CP).

De um modo geral, o trabalho por Projecto é facilitador da construção de uma verdadeira Escola Promotora de Saúde. Com a vantagem de que não precisa de ser muito ambicioso, basta que se consiga enquadrá-lo no próprio Projecto de Escola.

«Projecto que deve implicar minimamente todos os intervenientes, que não tenha expectativa de fazer tudo bem mas sim a honestidade de procurar o que correu mal e tentar melhorar. Esta metodologia tem ainda a vantagem de ser uma oportunidade de formação contínua e de proporcionar o desenvolvimento da lógica e de outras competências de investigação na acção» (Navarro, 2000).

Trata-se, pois, de uma área muito complexa. Como disse um dos entrevistados: *«Não vejo, aliás, outra área tão complexa como esta, porque inclui, quase todas as outras, a comunicação, os comportamentos, as ciências da educação, os aspectos sociais, os aspectos políticos... e, em cada momento, devemos ter as pessoas presentes»* (PRS).

Concretização

Não há unanimidade na apreciação que os entrevistados fazem acerca do grau de realização dos objectivos propostos. Variam entre a descrença quase absoluta, *«considero que o que se alcançou é muito pouco»* (EC) e a “impressão” de que se conseguiu realizar *«muito do que me foi pedido e do que era meu dever realizar»* (MSP). Pelo meio, há ainda quem ache que *«consegui alguns objectivos; pelo menos, passei a saber como os dever atingir; como poder já é outra coisa»* (JC); ou que *«basicamente, é isto que se entende por Educação para a Saúde, dar informação»* (PRS) e isso é, confrangedoramente,

muito pouco; ou ainda que «os *projectos se concretizavam porque eram financiados*, (o que implicava) *a obrigação de cumprir o planificado. Até porque se, assim não fosse, corria-se o risco de sair da Rede*» (LN); mas também porque, ao nível de escola, é «*muito difícil implementar uma coisa destas. As turmas têm determinados horários, e conjugar os nossos e os dos alunos é muito difícil. É uma gestão muito complicada*» (CP).

E ainda pelo facto de haver «*poucas condições anímicas para construir as Escolas Promotoras de Saúde porque as pessoas estão fartas de papéis. Criou-se um modelo de Escola muito burocrática. A carga horária e o trabalho burocrático são muito grandes e não há condições, nem anímicas, nem organizacionais, nem de sustentabilidade do próprio sistema*» (LN).

E isto leva-nos a referir dois aspectos que merecem realce, devido às consequências nefastas que tiveram ao longo dos últimos vinte anos: por um lado, a continuidade de uma visão centralizada do sistema de ensino e, por outro lado, a incapacidade de romper com uma concepção burocrática e administrativa do trabalho docente (Nóvoa, 1992). Que, em 1999, ainda estava longe de atingir as culminâncias da actualidade, acrescentamos nós.

Escutando as entrevistas, parece-nos perpassar um certo desencanto das pessoas em face das expectativas individuais demasiado elevadas com que se empenharam nos diversos projectos em que estiveram envolvidas. O que elas parecem retirar de mais concreto e congratulante é algumas lições de vida prática. Saber que passos são necessários para lá chegar; qual o ponto de partida e qual o percurso. Aprender a não queimar etapas; aprender que as coisas têm um determinado ritmo; aprender a flexibilidade; mas aprender, sobretudo, a ter um olhar bastante abrangente: «*o tal modelo ecológico em que é preciso ter tudo presente*» (JC).

Dramática é a pergunta: «O que andamos cá a fazer?» (EC).

Por tudo isto, para os nossos entrevistados, em termos de resultados, não é muito gratificante a intervenção em Educação para a Saúde, porque os efeitos

são pouco visíveis. É que o acréscimo de conhecimentos continua a não se repercutir nos comportamentos: há cada vez mais crianças obesas, as gravidezes precoces não param de crescer; o consumo do álcool e de outros produtos nocivos não abrandam; a violência instalou-se nas escolas. Por exemplo, se tomarmos o caso das gravidezes precoces, Portugal tem uma das mais elevadas taxas de mães adolescentes da Europa, 22‰, só ultrapassada pelo reino unido com 32‰ e pelos países de leste, com permilagens ainda mais elevadas (Dias, 2000).

E assim, a resposta à pergunta «*o que andamos cá a fazer?*» parece ter apenas uma única e desesperante resposta: MUITO POUCO!

Validade

A indispensabilidade da Educação para a Saúde não sofre contestação de nenhum dos entrevistados. Por variadíssimas razões, algumas das quais já expendidas ao longo desta análise, a necessidade de se continuar a apostar nessa área é vital para a boa saúde não só das pessoas como da própria Escola, enquanto organismo vivo e indispensável à boa formação das gerações vindouras.

Como diz uma entrevistada «*Acho que a Educação para a Saúde é mais necessária do que nunca. O que é um facto é que estamos a ter muita gente em stress, muita gente doente na Escola. A Escola é uma instituição doente. Eu acho, hoje, o mesmo que achava na altura (1998/2002). Agora, se calhar, a Escola até mudou para pior...*» (LN). Na realidade, uma das causas próximas do interesse actual pela Educação para a Saúde, em todo o mundo, é o aumento do *stress* provocado pelos diferentes contextos sociais em que vive a maior parte da população, nomeadamente a escolar (Navarro, 2000).

Depois, trata-se, também, de um assunto que nunca se esgota. «*Todos os anos, temos novos alunos a ouvir as coisas pela primeira vez. E é impossível abarcar tudo num único ano*» (CP). E também neste contexto, a escola está no centro das preocupações com a saúde. Por diferentes razões e, sobretudo, pelo

comezinho facto da esmagadora maioria das crianças e jovens ter acesso à escola (Marques, 1998).

Mas, mesmo ao nível da sociedade em geral, naturalmente que esta vai evoluindo e, tal como o *stress*, continuamente, vão surgindo novas questões sanitárias, mais ou menos complexas, que necessitam de prevenção e terapia. Por isso se afirma que *«Cada coisa tem a sua época. Provavelmente, agora, tudo teria de ser estruturado de uma outra maneira. Repito, não tenho dúvidas: cada época é uma época; mas pelo que leio nos jornais e pelo que vejo na TV, sou levada a pensar que continua a haver necessidade de levar a cabo algumas iniciativas que estão ainda em banho-maria»* (MSP).

Há ainda quem reconheça que o que se faz é muito pouco, quer a nível local quer a nível nacional, na e para além da Escola: *«faz-se muito pouco nos cuidados de saúde primários, muito pouco no âmbito da medicina de família, em clínica geral. E é bom não se escamotear. É bom, se queremos falar na questão política, olhar para esta realidade, só que os recursos são mínimos»* (EC). E não é só a Educação mas também a Promoção da Saúde, cujos conceitos são inseparáveis mas que não se confundem, porque há imensas pessoas que têm problemas de doença mas que, pela sua atitude, têm imensa saúde e outros que, não estando doentes, não têm saúde nenhuma.

Na verdade não há doenças, há doentes. A maneira como as pessoas lidam, até com a doença, pode ser promotora de saúde, no sentido do bem-estar. Por exemplo, *«se tivermos necessidade de pôr uma prótese dentária, podemos passar o resto da vida a chorar porque gostávamos muito mais de ter os nossos dentes – não pensamos que, se calhar, chegámos àquele ponto porque não tratámos bem deles – ou então dizermos, agora que tenho os dentes vamos lá ver o que podemos fazer com eles. Talvez já não possamos partir nozes, mas também já não o fazíamos antes»* (JC).

Tudo isto quando, como é evidente, o próprio *“conceito de saúde reflecte a conjuntura social, económica, política e cultural. Ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá de valores*

individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas” (Sicliar, 2007).

Alterações Desejáveis

De um modo geral todos os entrevistados mudavam alguma coisa na sua actuação, muito embora uns estejam mais centrados nos aspectos pessoais e outros nos aspectos relacionais.

Trabalhar pouco as chefias é uma mazela que se detecta ao mais alto nível. As pessoas parecem gostar muito de autonomia, mas depois acabam por lamentar essa autonomia, pelo menos quando a apreciam nos outros. E esse desencanto é a constatação dolorosa dos seus próprios limites, ou porque acreditaram que *«elas seriam capazes de agarrar nas propostas e avançar»* (MSP), ou porque perderam as ilusões de que não vale a pena ter expectativas idealistas com quem se trabalha e o melhor é *«aceitar as pessoas como elas são, com as suas dificuldades, com as suas mais-valias, mas, sobretudo, com as suas características»* (JC).

Talvez o melhor seja mesmo aquela atitude um pouco cínica de Agostinho da Silva quando dizia que não tinha expectativas elevadas e, por isso, não sofria desilusões.

E, no entanto, mesmo ao nível intermédio, a mesma limitação perpassa nas palavras de outro entrevistado: *«Talvez fosse, em certas ocasiões, mais “nariz empinado” e confrontasse algumas pessoas, nalgumas situações, de forma um pouco mais dura»* (LN).

Mas há também quem seja mais crítico do sistema e descarregue no abstracto as suas frustrações. E essa atitude que não é desculpabilizadora, porque carrega dentro de si a grande mágoa de não se ter conseguido fazer melhor, resulta, essencialmente, da constatação dos fracos resultados conseguidos e da impotência pessoal em melhorá-los. Estão neste caso, por exemplo, a constatação paradoxal de que *«cada vez os alunos têm mais acesso*

à informação, mas a verdade é que há gravidezes na adolescência e que até estão a aumentar. Não se compreende com tanta informação como é que ainda acontece isso. Temos de pensar como é que chegamos a eles» (CP); ou, então, a raiva impotente de que «A mensagem não passa, aparentemente não passa, por mais que nós queiramos» (EC).

E, no entanto, é preciso ter em conta que *«contrariamente a outros profissionais, o trabalho do professor depende da “colaboração” do aluno: um cirurgião opera com o doente anestesiado e um advogado pode defender um cliente silencioso, mas o sucesso do professor depende da cooperação activa do aluno»* (Nóvoa, 2002, cit. In Labaree, 2000).

Temática 3 – Relações Institucionais e Humanas

Relações Institucionais

O grau de satisfação das relações institucionais varia de acordo com a posição do agente se situar ao nível da superestrutura ou da infra-estrutura.

Enquanto que, para os primeiros, não haver “quezílias” já é um bom sinal, independentemente das máquinas ministeriais estarem ou não bem oleadas, os segundos, cujas necessidades no terreno implicam uma adesão participada dos diversos actores envolvidos (escolas, centros de saúde, autarquias, etc.), evidenciam um grau de satisfação fortemente positivo.

Sabendo-se como, quase sempre, as relações institucionais, se baseiam em relações pessoais, dificilmente se gera uma fluida comunicação entre organizações quando os responsáveis nunca conseguem encontrar-se. A constatação de que *«nunca se conseguiu suficientemente ter um trabalho entre os dois Ministérios, não digo entre os ministros, mas ao nível dos responsáveis do PPES da Saúde com o responsável do PPES da Educação, que deviam falar-se e que nunca conseguiram fazê-lo»* (JC), é simplesmente incompreensível mas sintomático. O funcionamento em ilhas e a atitude sobranceira de que esta é a minha quinta, sendo um sinal de menoridade

intelectual, tem implicações profundas e devastadoras no regular funcionamento das instituições, que acabam por se esgotar na observação do seu próprio umbigo.

Situação que acaba sendo potenciada quando «o PPES se transformou numa espécie de ME paralelo e (a estrutura) ficou absolutamente manietada porque tínhamos orçamento mas não tínhamos politicamente nenhum reconhecimento, nem tácito nem público, daquilo que estávamos a fazer» (JC).

Apesar disso, a satisfação do trabalho produzido releva quase sempre as falhas de entendimento. «O PPES foi uma gravidez difícil e conseguiu-se criar documentos que são marcos, que são referenciais importantes ainda hoje» (EC). Até porque, como alguém nos refere, contemporizando, «Não são dificuldades graves... na sequência da sua investigação, falando com outras pessoas, poderá tirar as suas conclusões e confirmar se há ou não essa dificuldade» (PRS).

Naturalmente que, de acordo com o que já dissemos, a nível mais periférico a apreciação é francamente outra, sem tergiversações nem tibiezas pese embora o facto de se estar a falar, essencialmente, de enfermeiros, médicos e professores: três grupos profissionais que podem ser muito corporativos. Que têm uma linguagem específica, quer enquanto grupo quer em termos técnicos. E também no modo como observamos as coisas: «nós (professores) temos uma perspectiva mais sistémica, eles (técnicos de Saúde) mais clínica, mais objectiva, e isso gerava algumas dificuldades...Acho que aprendemos muito uns com os outros. Eles aprenderam muito sobre a escola, sobre o processo participativo e nós aprendemos muito em termos de organização. Eles são muito “clean” sobre as coisas, são directos, vão logo lá, enquanto nós escrevemos, divagamos e filosofamos acerca de uma ideia» (LN). Mas, também e principalmente, «porque era uma regra de ouro que as relações pessoais e institucionais fossem a base de tudo. E se queremos fazer uma coisa decente, com resultados que, de facto, imprimam uma mudança real, não podemos estar a fazer de conta ou a trabalhar para o relatório» (LN).

Esta atitude voluntarista e apaixonada é, aliás, uma constante em todas as entrevistas, mas não sendo, por ora, o momento apropriado para mais, ficamo-nos apenas por esta observação e só porque a mesma surgiu a talhe de foice.

Fica-nos, contudo, a certeza de que, pelo menos, ao nível regional e local, as relações institucionais progrediam ao mesmo ritmo das pessoais, até porque as pessoas estavam, e porventura ainda hoje estarão, imbuídas dos mesmos princípios. Isto porque *«a grande finalidade do Projecto de Educação para a Saúde era mudar e mudar é um processo de fundo. Ora, para se ir a esse nível, que implica mudar comportamentos e mudar organizações, tem que se partir da base. Tem que se ter alicerces fortes. A relação e a boa comunicação é sempre a base. E havia essa consciência, até porque isso era muito trabalhado a nível da formação. E todas as equipas que se constituíam enquanto Projecto da RNEPS tinham formação»* (LN).

Talvez para finalizar, seja clarificadora esta opinião mais abrangente de quem pisou todos os terrenos e que qualifica o grau de satisfação de *«médio, com picos altos, mas muito localizados. Picos altíssimos num contexto muito localizado, de uma freguesia ou de um concelho. A grande diferença é esta: ao nível da decisão política é médio, médio baixo; a nível local, pode ser excelente»* (JC).

Relações Interpares e Outros Actores do Sistema

Se a apreciação sobre as relações institucionais geradas pelos projectos de Educação para a Saúde permitiam algumas queixas, pelo menos, ao nível mais elevado, o mesmo não se pode dizer das relações interpares ou com os outros actores do sistema. Isto, se descontarmos algumas pequenas invejas que sempre existem, nomeadamente, no meio escolar:

«Os professores são o grupo profissional menos coeso e o menos capaz de se auto-ajudar» (JC);

«Tudo passa pela receptividade dos nossos colegas professores» (CP);

«A relação interpares não funcionava mal, mas, para baixo, havia sempre da parte dos professores, que não eram desta área, para com os colegas operadores uma certa animosidade. “Vais ter uma medalha de cortiça”, diziam em 1979, em 1999 e em 2009» (JC);

«Num caso ou noutro, muito pontual, talvez alguma dificuldade, por questões internas de liderança. Mas muito pontuais» (LN).

E, no entanto, estas queixas, vindas de dentro do próprio sistema, não maculam a apreciação global de que as relações interpessoais e com os outros agentes se pautavam por um grau de cordialidade elevado. Nalguns casos, mesmo, são consideradas bastante gratificantes, constituindo-se como redes de interesses e comunicações. Provavelmente porque *«as pessoas quando se dedicam a um projecto são optimistas; estão com vontade de trabalhar» (PRS).*

Por isso, e para sintetizar, reconhecemos a existência de um claro sentimento de satisfação quando ouvimos que *«ao nível local sou considerado par das escolas. Mas eu próprio digo uma coisa que alguns colegas (médicos) ainda hoje comentam: eu digo a minha escola; vou para a minha escola. Esta noção de posse, de partilha, permite, em qualquer situação, mesmo não planificada, que eu seja contactado não importa a que horas» (EC).* E esta não deixa de ser a consciência, transversal a todos os entrevistados, de que partilham uma causa comum e isso os aproxima. Muito embora, perfeitamente conscientes de que *«este tipo de projectos está muito dependente do envolvimento de outras pessoas» (CP).*

Relações com os destinatários

Convém referir que entendemos como os destinatários, tanto os alunos como os professores em formação no âmbito dos projectos de Educação para a Saúde ou ainda, de forma mais lata, as escolas, enquanto entidades convidadas a participar ou a integrar a RNEPS.

A gestão, neste caso, é sempre apontada como o principal factor de sucesso. Porque, quando a gestão é justa e todos os professores se revêem nos órgãos de gestão todos querem corresponder à vontade do executivo. Pelo contrário, *«nos casos em que as coisas se inquinaram foi sempre por falta de liderança»* (LN). Isto porque nas escolas há pessoas e há núcleos. *«E se havia um Conselho Executivo verdadeiramente Promotor de Saúde, se acontecesse mudar, também mudava a atitude»* (JC).

Ultrapassado este constrangimento, o grau de adesão dos operadores, considerando operadores os outros parceiros que não as equipas, *«essencialmente o corpo docente e também os pais: médio alto, da parte do corpo docente, comunidade escolar propriamente dita; insuficiente ou baixo, da parte da família. Porquê? Não sei. Apesar de termos sociólogos na equipa e, volta não volta, reflectirmos sobre isso, não temos respostas, nem sei se alguém tem. Da parte dos jovens, e quero frisar os jovens porque é uma entidade diferente. Entre o 1º. Ciclo e o 2º e 3º ciclos, em poucos meses é nítida a diferença; não parece que são as mesmas pessoas. A onda que a escola do 2º. Ciclo tem, é uma onda que eu acho que nem os próprios professores nem o próprio Ministério se deram conta que é preciso mudar. É preciso mudar toda a Escola, desde o 5º ano de escolaridade. É a minha opinião pessoal»* (EC).

O que ressalta destas palavras amargas é o desinteresse crescente dos jovens, paradoxalmente numa altura em que a informação está cada vez mais disponível. Antigamente, há vinte ou trinta anos, queria-se saber alguma coisa sobre a sexualidade e era às escondidas; e na área dos comportamentos tóxicos era ainda mais difícil. Hoje em dia, em que os problemas são muito semelhantes, o interesse parece não ser nenhum.

Mas, também, porque *«à medida que os anos foram passando, dado o aumento da carga horária que os alunos tinham e o nível de exigência para entrarem na Universidade, a sua participação tornou-se incompatível»* (CP).

É possível que tudo tenha *«a ver com a permissividade enorme que se foi instalando e progredindo. Há um processo global de desresponsabilização. Hoje é-se mais imediatista e muito mais consumista. O que se pretende é obter qualquer coisa de imediato e o mais imediato possível. Não importa muito bem como»* (EC).

Neste contexto, o quadro final não é muito bonito. Mas a verdade é que esta visão quase catastrofista de alguém que vive a Escola, mas que está, simultaneamente, fora da Escola, encontra eco no interior dos muros da Escola. Ou porque *«a Escola está doente»* (LN); ou porque *«os jovens continuam a recorrer aos amigos e às revistas»* (CP); ou porque *«é impossível falar em todas as turmas nas temáticas da Saúde»* (CP); ou, ainda, porque *«os professores também não estão preparados»* (CP).

E tudo isto, quando, curiosamente, a pergunta, parcialmente irrespondida, questionava apenas as relações com os destinatários.

Temática 4 – Autonomia de Execução

Independência Hierárquica

Genericamente, todos os entrevistados, desde o nível mais alto até ao mais baixo, se referiram muito positivamente sobre a liberdade de acção para levarem avante as suas tarefas. Naturalmente que *«sim, logo que as coisas eram sancionadas, porque tinha de haver autorizações, sempre tive muita capacidade de andar para a frente. Nunca tive propriamente situações que fossem complicadas, mesmo em projectos que ultrapassavam o âmbito do ME»* (MSP).

De qualquer modo, a nível das Direcções-Gerais a máquina do Estado é, por vezes, excessivamente pesada. *«Na Direcção-Geral, a hierarquia é muito rígida. Nunca saiu nenhum documento, que não fosse assinado pelo senhor Director-Geral, fosse qual fosse aquele que estivesse no poder. E eu trabalhei com diversos directores gerais»* (EC). Depois, quase sempre se demora

demasiado tempo a limar arestas e a afinar conceitos. Os poderes instalados pretendem, quase sempre, deixar a sua marca, vincar a sua autoridade e daí o processo negocial ser moroso e não isento de dificuldades.

Diz-nos um dos entrevistados: *«Fui chamado para alterar o texto e não o alterei. E discutimos a questão da socialização. E não foi uma discussão de um dia, foram múltiplas discussões à volta de uma palavra e dos conceitos e paraconceitos associados a essa mesma palavra»* (EC); E outro: *«levei seis meses a discutir, não os conteúdos, mas pontos, vírgulas e parágrafos com um alto funcionário do ME»* (MSP). E outro, ainda, *«Fizemos o relatório que ficou e continuou na gaveta. Fomos chamados, inclusive, ao gabinete do Ministro da altura para que mudássemos o relatório. Não o fizemos e o relatório não saiu em Portugal, Portugal não participou oficialmente nesse encontro e na decisão das políticas que tinham a ver com as toxicodependências»* (EC).

E estas são, afinal, situações comuns – mas compreensíveis – nas fases de concepção, definição e aprovação das grandes linhas de acção produzidas e dimanadas ao mais alto nível.

Depois *«se encontramos pessoas seguras, como era o caso da Dra. X, a minha autonomia nunca colidiu porque ela era também muito autónoma. Mas já colidiu muito com a coordenadora que veio a seguir, de quem discordei várias vezes, porque era essa, também, a minha função. Então, é muito mais fácil uma pessoa que seja submissa...»* (JC). Talvez valesse a pena recordar, a propósito, que o conceito de “autonomia” é o mais problemático do léxico educacional (Nóvoa, 2002).

Globalmente, no entanto, considera-se que os obstáculos são sempre reduzidos face aos êxitos; isto no sentido da possibilidade de se trabalhar com os outros, com terceiros de áreas e formações díspares; em resumo, de se ter conseguido chegar a consensos mínimos considerados úteis no sentido da produção de um qualquer documento que reúna pontos de vista semelhantes ou diferentes. E *«este compromisso de produzir qualquer coisa, de ter um “output”, é o sinal evidente de que o trabalho se fez»* (EC).

Quanto ao relacionamento das escolas com o sistema parece haver uma grande liberdade de decisão. Desde sempre, as escolas tiveram a opção de apresentar ou não projectos aos diversos programas que iam surgindo e, também, o de aderirem, voluntariamente, à RNEPS.

No interior das escolas também parece prevalecer a opinião expendida por uma coordenadora local de que *«nunca tive problemas em termos de autonomia. A Escola sempre nos deu grande autonomia»* (CP). Aqui, mais uma vez, não podemos pôr de parte a “sensibilidade” particular, em cada escola, dos seus órgãos próprios de gestão.

No entanto, parece haver, em todos os entrevistados, um prazer especial pela autonomia, como se esta fosse um padrão de carácter que convém evidenciar; uma marca de personalidade que lhes alimenta o ego.

«Aí tenho de lhe dizer: para uns é uma das minhas qualidades, para outros é um dos meus problemas. Eu sou, provavelmente, excessivamente autónoma. E, em qualquer situação que eu esteja, autonomizo-me» (JC);

«Autonomia total e absolutamente. De mais (risos). Se calhar, antes de fazer algumas coisas, devia pedir autorização. Não o tenho feito, francamente. Decido o meu horário; obviamente, comunico, mas não peço autorização» (EC);

«Sim, logo que as coisas eram sancionadas, porque tinha de haver autorizações, sempre tive muita capacidade de andar para a frente» (MSP).

Meios e Métodos Utilizados

«Os meios nunca são suficientes» (EC), diz-nos um dos entrevistados. A falta de pagamento de trabalho extra, que a dedicação às tarefas da Educação e Promoção da Saúde implica, bem como a necessidade de redução da carga horária para quem, localmente, coordena projectos dessa natureza, são igualmente referidas: *«Repare, muitas equipas (médicos, enfermeiras,*

assistentes sociais e até nutricionistas tínhamos a certa altura), realizavam trabalho no exterior com grupos de população e, às vezes, tinham de estar até à meia-noite e nem um tostão mais e, no dia seguinte, tinham de estar no seu posto de trabalho, no horário normal» (EC).

A questão do dinheiro é recorrente, em determinada altura da “Paixão pela Educação”, pelo menos, o dinheiro para a formação parece não ter faltado. *«Eu acho que a coisa estava muito bem organizada e que funcionou muito bem, enquanto durou a verdadeira Rede de que lhe falei (até à generalização da RNEPS). Foi um processo muito sustentado. Na altura havia muito dinheiro e a equipa nacional fazia formação o ano inteiro; a equipa nacional andava sempre de um lado para o outro. Nós, nas equipas regionais, também fazíamos muita formação, mas, quando era necessário alguma coisa mais profunda, pedíamos à equipa nacional. As escolas tiveram muita, muita formação» (LN).*

A nível das escolas, porém, *«na questão dos recursos, por exemplo, a parte do dinheiro, raramente conseguimos desenvolver certos tipos de actividades. Sempre foi assim. Houve sempre dificuldades. Algumas vezes conseguimos alguma coisa do Conselho Directivo, mas raramente» (CP).*

Para além do dinheiro, também o tempo e a disponibilidade dos professores, conjugada com a programação dos CS e de outros actores, são matérias altamente condicionantes de uma boa gestão dos projectos. Sintetizando, *«A questão aqui (na Escola) tem a ver, essencialmente, com a disponibilidade e o tempo, (para além da) falta de espaço físico para uma pessoa trabalhar» (CP).*

Mas se não havia meios, havia pelo menos muito boa vontade e interesse pelo que era necessário fazer-se. As pessoas apaixonavam-se pelo que faziam e isso ajudava-as a superarem-se.

Quanto aos métodos, detecta-se a tendência dos médicos e enfermeiras irem fazer palestras aos alunos dos vários graus de ensino. Não sendo isso que o Serviço de Educação para a Saúde pretendia nem tão pouco o Serviço de

Saúde Escolar, mas era isso que, a maior parte das vezes, acontecia. E quando se questionavam os profissionais de Saúde sobre o erro desse procedimento eles, invariavelmente, respondiam, diz um dos entrevistados: *"Os professores pedem-nos e nós temos vergonha de recusar"* (MSP). Ora o que se pretendia era conversas de grupo com professores, de modo a que fossem estes a transmitir aos alunos os conceitos e princípios de uma vida saudável. *"Nada de se armarem em palestrantes das crianças, porque isso não leva a nada!"* (MSP). É a velha história, também referida, das celebrações dos "Dias Mundiais" disto e daquilo, que funcionam como uma missa, um ritual de que, no fim, quase nada fica. *«E este continua, lamentavelmente, a ser um modelo muito interiorizado por um grande número de profissionais de Saúde, nomeadamente médicos. Vinte anos depois, acho que muito pouco mudou»* (EC).

Depois, recorda-se algum facilitismo também: o cair-se na rotina do mais fácil, o centrarmo-nos mais no eu do que nos outros; o esquecermo-nos do principal por conta do acessório. O que parece é que nos discursos, seja do ponto de vista político, seja do ponto de vista técnico, a Promoção e a Educação para a Saúde foram sempre consideradas áreas importantes, mas, a nível central como a nível local, há um desinvestimento, *«tem-se investido mais no curativo (consultas) e na resolução de áreas afins. Por exemplo, nessa altura (1987/89) nós fazíamos muita formação, que deixámos praticamente de fazer, formação específica nas áreas da Educação para a Saúde, como o Planeamento em Educação e Promoção da Saúde, as metodologias de Educação para a Saúde, as técnicas de comunicação e as metodologias de avaliação»* (PRS).

A nível local procura-se utilizar todos os meios disponíveis, privilegiando claramente metodologias participativas... e *«o material nunca é aquilo que gostaríamos de ter, pelo que uma outra das nossas preocupações maiores é não termos conseguido ainda produzir materiais de Educação para a Saúde aplicáveis à população com que trabalhamos, às realidades de cada escola e às problemáticas mais desfavorecidas em termos de métodos»* (EC).

Por exemplo: *«vídeos sobre sexo; a história dos preservativos, há alguns documentos muito bons, mas o simples facto de terem passado dez anos desde a sua produção, faz com que pormenores, que a gente aparentemente não liga, possam ser desvalorizadores por parte de quem os ouve. O vestuário, até há dois anos, (felizmente a moda muda): a história das calças de boca-de-sino, que não se usavam há dois anos, para a maioria dos jovens era uma coisa distante, não tinha rigorosamente nada a ver. E o vídeo até era português, produzido em Portugal, nem sequer era dobrado. E este simples facto da boca-de-sino marcava a diferença, porque já tinha não sei quantos anos, já não era a realidade»* (EC). Daí, a necessidade permanente da contextualização das situações. Diz um outro entrevistado: *«Temos de trabalhar o contexto que tem sempre alguns dados que têm a ver com aspectos culturais, afectivos, etc. É sempre preciso trabalhar o contexto e os diversos factores. A abordagem biomédica não serve aos miúdos»* (PRS).

Grau de Adesão dos Diversos Escalões.

O grau de adesão é claramente desigual. Para alguns, isso *«depende do espírito de cada um»* (MSP), para outros porque *«cada vez mais, os pais depositam na Escola responsabilidades e competências que lhes deviam ser a eles, especificamente, exigidas»* (EC). Por outro lado, há ainda quem ache que *«as escolas em que o “núcleo duro” se mantém, (são as) que fazem a diferença e (as) que ainda hoje são referenciadas como escolas modelo»* (JC), ou então que *«isso tem a ver com a apetência com que as pessoas vão para estas actividades, (porque) são actividades que dependem dos aderentes: professores, administrativos e alunos»* (CP).

As críticas mais contundentes vão, no entanto, para as famílias: *«ou porque tinham miúdos em casa, ou porque os maridos achavam que não valia a pena irem»* (MSP), ou *«porque houve futebol, um qualquer Portugal-xiripipi»* (EC), ou, ainda, simplesmente, porque, *“agora, não estou disponível”* (MSP).

E, na verdade, ao longo do século XX, concepções pedagógicas, psicológicas e sociológicas da infância foram-se misturando com “ideologias de

salvação”, alimentando a ilusão da escola como lugar de “redenção pessoal” e de “regeneração social”. Paralelamente, durante o mesmo período, verificou-se a demissão das famílias e das comunidades das suas funções educativas e culturais que foram sendo transferidas para as escolas, sobrecarregando-as com um excesso de missões (Nóvoa, 1992).

Contudo, talvez a questão da desigualdade tenha uma raiz mais profunda, que se radica, logo, no momento inicial. Como refere uma entrevistada, com grande experiência e responsabilidades no sistema, tudo tem a ver como as escolas entenderam o problema. E sendo assim, a questão deixa de ser conjuntural para se tornar estrutural.

Diz ela: *«Quando fazíamos as promoções, pedíamos que as escolas mandassem alguém do quadro, o que acontecia é que as escolas mandavam muitas vezes uma dessas pessoas com jeito, mas que no ano seguinte já não estavam na escola e a promoção perdia-se. Era óptimo para a pessoa, mas a escola tinha ganho zero»* (JC).

E a conclusão só pode ser de que onde houve sucesso foi onde as escolas – leia-se órgãos de gestão – entenderam a questão e mandaram pessoas dos seus quadros; onde, viesse o Conselho Executivo que viesse, o “núcleo duro” já estava constituído. Naquelas onde a Educação para a Saúde era vista como mais uma daquelas ideias bizarras do Ministério, pode ter corrido bem ou pode ter sido apenas um gasto de fundos do erário público. *«Gastou-se para fazer formação a um conjunto de pessoas que ficaram com ela, mas aquela escola, aquele território, aquele contexto não beneficiou nada»* (JC).

Temática 5 – Motivações Iniciais

Factores Individuais

As motivações de ordem pessoal e as circunstâncias da vida são os factores mais referidos quando se aborda o envolvimento pessoal nos projectos. E quase, em simultâneo, a paixão por uma coisa que se ajuda a construir.

Muitas vezes as pessoas começaram a sua actividade profissional em áreas afins e o “bichinho” foi ficando, quase sem se darem conta. Refere um entrevistado: *«Entrei na Divisão de Educação para a Saúde da DGS em 1987. Antes e durante 2 anos fui o coordenador da Saúde Escolar do Concelho de Alcobaça... Depois de acabar o estágio, em Caldas, em 1985, devido ao meu interesse atribuíram-me doze horas expressas do horário para fazer Educação para a Saúde e Saúde Escolar e, pouco tempo depois, deram-me a coordenação dessas áreas. Foi uma evolução muito natural»* (PRS).

Os médicos de uma certa geração também referem muito o SMP como circunstância favorável a essa aproximação; outros, mais antigos, referem, ainda, a entrada pela área dos Cuidados Materno-infantis.

Na área da Educação são os programas como o “Viva a Escola” que estão na base dessa primeira abordagem; outras vezes, circunstancialismos de ordem pessoal e profissional que contribuíram para dar um novo sentido à vida: *«eu estava no CAE e tinha-me morrido um filho em 1997 e, em 1998, há um curso de formação para formadores, em Educação para a Saúde, promovido pela equipa nacional das Escolas Promotoras de Saúde»* (LN).

Às vezes, contudo, parece vislumbrar-se já uma apetência especial nalguns entrevistados:

«De uma maneira ainda não sistemática, comecei a meio dos anos 80. Estava numa escola, em Alcabideche, e, mesmo por gosto, convidei um médico de Cascais e um psicólogo, de uma maneira perfeitamente ocasional» (JC);

Ou: *«o meu interesse e envolvimento nas questões da Educação para Saúde aconteceu desde sempre, mesmo antes de ir para medicina»* (PRS);

Ou, ainda, *«sou licenciada em Biologia..., sempre gostei muito da temática da Saúde»* (CP).

Talvez a verdade esteja, afinal, na afirmação de que, *«à partida, quem se envolve nestes projectos já tem uma certa predisposição»* (LN). O que só ajuda a sistematizar a participação e a enquadrá-la melhor, quer do ponto de vista conceptual quer do ponto de vista metodológico.

Factores Determinantes do Envolvimento

Depois de ouvir e comparar as entrevistas, quase nada arriscaríamos ao afirmar que há apenas um grande factor determinante que permite carrear energias, vontade e denodo para o envolvimento nas questões da Educação para a Saúde. Esse motor excepcional é a paixão.

«O meu trabalho era uma verdadeira paixão. Não ficava até às nove, mas ficava até às sete e meia; e depois ainda trazia trabalho para casa, à noite e aos fins-de-semana» (MSP), refere uma das entrevistadas;

«Eu fazia tudo com muito empenho e motivação; eu estava encantadíssima; eu apaixonei-me pela Educação para a Saúde; eu fazia tudo com a maior honestidade; perdia horas, trabalhava imenso em casa e tinha uma ligação muito forte com as pessoas e com as escolas» (LN), diz-nos outra entrevistada.

«Logo no primeiro encontro nacional, a então coordenadora do projecto terá notado o meu entusiasmo e, no ano seguinte, convidou-me para vir para Lisboa para o Projecto “Viva a Escola» (JC), acrescenta, ainda, uma terceira entrevistada.

Ora, as autoras das declarações que acabámos de citar são pessoas com origens e percursos profissionais distintos; de faixas etárias claramente diferenciadas; que não se conhecem, ou apenas, episodicamente, de nome – e, no entanto, comungam e expressam a mesma paixão arrebatada pela Educação para a Saúde.

Naturalmente que há quem opine de uma forma mais intelectualizada: *«Tudo o que faço inclui um sentido de crescimento pessoal, que para mim depende muito da interacção com as outras pessoas. Se não fosse assim eu não estava aqui»* (PRS) ou, então *«Busco, desde há muitos anos – note que não tenho como princípio orientador a coerência – mas penso que esta procura consciente de ser coerente, aqui e no âmbito da Saúde, tem contribuído muito positivamente para que eu tenha um discurso o mais próximo possível do meu comportamento, íntimo, pessoal, privado»* (EC).

De um modo ou de outro, de forma mais emotiva ou de forma mais cerebral, os factores determinantes do envolvimento resultam sempre da interacção de cada actor com o processo em que está envolvido. E essa é uma questão que tem sido transversal em todos os entrevistados. Como alguém disse: *«O envolvimento pessoal e o gosto com que a pessoa se envolve é claramente um recurso energético interior fortíssimo, fortíssimo»* (EC).

Temática 6 – Impacto no Projecto de Vida

Em Termos Pessoais

De um modo geral, em termos pessoais, o envolvimento nas questões da Educação para a Saúde contribuiu fortemente para mudar a vida dos entrevistados. Em primeiro lugar, logo, pela intensidade da dedicação que lhes roubou muita da disponibilidade para os outros; depois, pela redefinição clara de uma linha pessoal de rumo que lhes condicionou e reorientou as suas próprias estratégias de vida.

A paixão e o entusiasmo que a temática despertou fez com que muitas energias individuais fossem canalizadas nesse sentido. E se, a alguns, isso lhes roubou alguma clarividência para a compreensão de que há mais vida para além da Educação para a Saúde, outros houve que fizeram dessa dedicação um percurso balizado por múltiplas convergências.

Assim, há quem lamente o ter-se perdido na floresta por só ter visto as árvores – *«aprendi ainda uma coisa que ainda me deixa menos satisfeita com os resultados. Mesmo para uma pessoa que está numa posição, a nível de chefia nacional, que consegue fazer um conjunto de coisas que parecem difíceis para os de fora, aquilo que está na nossa rua ou na nossa freguesia passa-nos ao lado e descobrimos que não somos assim tão eficazes»* (JC).

E há quem tenha prosseguido um caminho fecundo de oportunidades – *«Quando iniciei o trabalho na DGS, embora tivesse muito interesse pelos aspectos sociológicos, não tinha formação nessa área pelo que, por sugestão dos meus colegas de Divisão, comecei a estudar essas temáticas. Depois, verifiquei que havia uma componente importante para este trabalho que era a área da comunicação. Será que podíamos ser mais eficazes se comunicássemos de forma mais adequada? E fiz um mestrado em comunicação na Universidade Nova. Aprendi imenso e pude reflectir sobre a nossa prática e percebi que era importante compreender os mecanismos psicológicos que condicionam os comportamentos. E fiz uma Pós-graduação em Psicoterapia Corporal, Posteriormente, senti necessidade de estudar psicologia social e antropologia, para aumentar a transversalidade dos conhecimentos que considerava necessários para trabalhar em Educação para a Saúde, e estudei, ainda, filosofia por causa das questões éticas da Educação e da Promoção da Saúde»* (PRS).

Depois, há, ainda, quem tenha canalizado a acção no sentido mais espiritual do enriquecimento pessoal e nos afirme *«que todo este trabalho foi profundamente enriquecedor, no meu universo pessoal e relacional, no sentido de me proporcionar contactos com saberes diferentes, com formações diferentes, mas também com culturas diferentes. E a questão da Europa foi uma experiência que eu jamais esquecerei, porque claramente nos abre outros horizontes e nos provoca novos desafios»* (EC).

Mas houve, ainda, para quem o envolvimento nas questões da Educação para a Saúde tivesse sido altamente salutar: *«Enriqueceu-me profissionalmente e pessoalmente. Em primeiro lugar foi terapêutico. Foi nesse ano que eu fiz o*

meu relançamento na vida, que me apaixonei pela vida que eu pensava que não era capaz» (LN).

São, pois, múltiplos os modos como o envolvimento na Educação para a Saúde condicionou o projecto de vida dos diversos entrevistados. Indiferente é que nenhum parece ter ficado, mesmo quando apenas, parcamente, a entrevistada se limita a afirmar que *«o facto de estar envolvida na Educação para a Saúde obrigou-me a que estivesse sempre atenta às diversas actividades. Uma pessoa fica mais desperta» (CP).*

Na verdade, quando, como no caso dos nossos entrevistados, de forma profissionalmente empenhada se reflecte e age sobre a Educação e sobre a Saúde, o que se está a fazer é contribuir para o desenvolvimento da sociedade sob o ponto de vista de melhor bem-estar para todos os cidadãos. Ora, tal implica, forçosamente, que, para além das metas profissionais de âmbito individual e grupal, se consiga alcançar, também, um forte sentimento de plenitude espiritual que, englobando aspectos do domínio físico, do domínio psicológico e do domínio social, se traduz na sensação de se estar a realizar o próprio projecto de vida. É ao prazer que daí resulta que denominamos, correntemente, realização pessoal.

Em termos Familiares

Este é um impacto fortemente repetido. Ainda assim, mesmo quando negativo, nunca dito como um lamento mas como uma inevitabilidade despoletada pelo entusiasmo e compensada pela paixão.

Num caso mais agudo chega-se a sugerir que, em parte, terá estado na origem de uma disfuncionalidade conjugal: *«Agora que houve custos, houve. Não terão sido eles que justificaram as soluções de continuidade de uma linha, permita-me que lhe chame, afectiva e emocional, mas que o outro, que está do outro lado, gostaria sempre que existisse da nossa parte» (EC).*

De um modo geral, esses custos não terão atingido um grau tão devastador. Mesmo assim, repercutem-se, nas diversas declarações, alguns lamentos iniludíveis: *«Acima de tudo, roubou muito tempo à família. Há coisas que sempre nos marcam: a minha filha mais nova... diz-me, quando falamos desse tempo: "Ó mãe, eu raramente te via." Neste sentido guardo alguma mágoa quando penso que a minha filha, muitas vezes, estava apenas entregue ao pai e às avós.»* Mas logo o sentimento de infelicidade é compensado com a justificação: *«Mas o meu trabalho era uma verdadeira paixão»* (MSP).

E, no entanto, também há quem refira aspectos positivos, de índole familiar, como a melhor preparação para educar os filhos: *«Eu tenho dois filhos e, claramente, que o à-vontade com que estou, de há muitos anos, a abordar alguns temas com que as pessoas estão menos à-vontade e que tem a ver com as nossas intimidades – a questão da sexualidade, por exemplo – nunca tive grandes dificuldades em fazer essa abordagem»* (EC). Ou, ainda, a constatação de que o envolvimento na Educação para a Saúde e nas temáticas afins proporcionou uma melhor compreensão dos comportamentos individuais porque, se uma pessoa está mais equilibrada com a realidade, consegue ter mais comportamentos saudáveis. *«E verifico isso quando estou com a minha família e os meus amigos porque, como é habitual, eles não mudaram o seu padrão»* (PRS).

Em termos Profissionais

O enriquecimento profissional motivado pelo envolvimento nos projectos de Educação para a Saúde é uma constante em todos os entrevistados. Regra geral, é difícil distinguir o profissional do pessoal. Isto é, a carreira do prazer que a realização produz no indivíduo. *«Ter estado em programas com estas características, permitiu-me focalizar e sobretudo encontrar metodologias de trabalho, de formação e informação direccionadas. Foi uma aprendizagem de vida importante e que me ajudou muito concretamente como pessoa e não só como profissional»* (PRS).

Esse enriquecimento pode, no entanto, expressar-se de diversas maneiras: pela carreira e cargos exercidos; pelo reconhecimento ou inveja dos outros; por sentimentos de bem-estar; pela abertura mental e de espírito para encarar novos desafios; pela participação em congressos e seminários; pela literatura produzida; pela realização profissional propriamente dita.

Mas é, claramente, o prazer de “trabalhar em equipa”, o criar a “rede”, o pertencer à comunidade, que, profissionalmente, parece ser o mais relevante para os entrevistados. Um dos entrevistados releva a “equipa” ou o “trabalho em equipa” vinte e três vezes, e uma outra entrevistada menciona os mesmos termos vinte e uma vezes, acrescentando, ainda, a importância da “criação de redes” ou de “trabalho em rede” mais treze vezes. Sendo que outra, ainda, destaque esta temática, igualmente, doze vezes. A verdade é que, em maior ou menor grau, com mais ou menos ênfase, ninguém fica indiferente a este apelo.

Há até quem deduza um desajuste profissional neste espírito comunitário: *«nós acabámos por criar um grupo de elite, com uma linguagem um bocadinho hermética e isso foi também um aspecto negativo porque criou anticorpos no sistema»* (LN). Talvez, também, por essa razão uma das nossas entrevistadas nos tenha contado que se *«falava do PPES como se fosse uma associação, porque se achava que a agilidade que nós tínhamos não se coadunava com a ideia que se tinha de Serviço Público. E este é o problema dos Programas: são criados pelos Governos, são-lhes dadas condições, mas, às vezes, não se percebe porque é que, nas escolas, não tinham a mesma aceitação»* (JC).

Temática 7 – Evolução da Educação para a Saúde

Apreciação Global da Evolução

Não é muito animadora a apreciação global que os diversos entrevistados fazem sobre a evolução da Educação para a Saúde. De certa maneira, parece que a elevada esperança nela depositada gorou as expectativas que ficaram sempre aquém do esperado.

Diz-nos um entrevistado, confessando a sua imensa desilusão: *«Enquanto estive, tinha sempre a expectativa de que aquilo que estávamos a fazer, embora fosse difícil, podíamos ir além. Quando deixei, foi numa fase em que já estava em declínio, infelizmente, neste momento, acho que está mesmo...»* (JC).

Há até quem fale em “involução”, *«Acho que houve involução. A coisa não cresceu, decresceu, perdeu sustentabilidade e deu-se um passo atrás»* (LN). E, contudo, *«a Educação para a Saúde tem capacidades para contribuir para que as pessoas tenham melhores estilos de vida»* (MSP).

Umas vezes as razões para o declínio são de índole estrutural: *«As escolas continuaram a ter uma estrutura que não mudou. Não é por acaso que se faz aquele estudo sobre a educação sexual, do Dr. Daniel Sampaio, e agora fala-se numa disciplina, que é preciso uma disciplina. Porquê? É porque tudo isto não germinou, não conseguiu criar raízes. Aquilo não alterou a estrutura da escola. A escola é uma estrutura muito pesada»* (LN); outras vezes é tudo uma questão de estratégia metodológica: *«Continuamos a insistir muito no modelo informativo; não repetitivo, ainda por cima o modelo preferencial da Educação para a Saúde é “eu sei, eu transmito conhecimento; se quiser aprenda, agora pô-lo em prática, já é consigo”. Este modelo directivo, de cima para baixo e meramente informativo, é o grande modelo que ainda hoje existente»* (EC).

E se a estrutura não mudou e o modelo *«é exactamente o mesmo modelo que nós tínhamos»* o que fica é a certeza de que *«onde se manteve os laços fortes, onde se criou o tal núcleo duro»* ainda temos algum sucesso e, então, *«se mandasse um inquérito nacional a sua resposta seria, a 90%, que não havia nada nesse sentido, e 10% diria que é fantástico»* (JC).

Há também quem considere que o modelo inicial era importante porque tinha uma perspectiva muito complexa de abordagem na Escola, que não ficava apenas pela informação, embora o conceito inicial fosse muito biomédico. Entendendo-se este como uma abordagem especializada da doença mediante um conjunto de juízos de carácter instrumental, orientados normativamente pela

noção de *controle técnico*, tendo como base material *o conhecimento e domínio de regularidades causais no organismo* (corpo/mente/meio) e, como forma de validação, uma série bem definida de *critérios a priori* para controle das incertezas (Ayres, 2007).

E muito embora o conceito actual das Escolas Promotoras de Saúde já seja influenciado pelos novos princípios, ressalta ainda a convicção de que «*se for ver o que se fazia, é muito as mesmas coisas de sempre: o tabaco, a alimentação, a obesidade, etc.*» (PRS).

E, no entanto, há, claramente, uma lacuna «*nos aspectos da qualidade de vida, as pessoas serem mais felizes, aquilo que também é a Promoção da Saúde, na sua faceta que não é preventiva, o que está lá, que está antes da prevenção, não está muito englobado. Isto sabendo nós que o conceito de felicidade necessita de aferição cultural e micro cultural*» (PRS). E este enfoque hermenêutico da saúde deverá ser levado a cabo por profissionais, serviços, programas e políticas de saúde orientados pela busca de êxito técnico das intervenções, tendo em vista os projectos de felicidade dos destinatários das mesmas (Ayres, 2007).

Há quem culpe o individualismo que caracteriza os portugueses, dizendo que, por esse motivo, «*a Educação para a Saúde terá muitas dificuldades para criar as verdadeiras raízes*» (MSP); isto porque falta sempre, a jusante do processo, organizações fortes da sociedade civil (grupos de apoio, grupos de amigos, comunidades terapêuticas) que proporcionem o necessário acompanhamento para que as pessoas não se sintam isoladas quando fazem esforços, individualmente.

E, contudo, considera-se que houve uma grande evolução do ponto de vista da divulgação e consciencialização da necessidade, porque as pessoas estão hoje muito mais despertas. Basta ver «*as revistas que as mulheres gostam de ler, essas revistas femininas que sempre existiram, a quantidade de coisas que vem sobre a saúde, que não vinham; a diferença que faz é abissal.*

Porquê? Porque até o comércio e a indústria perceberam que esse é um campo onde podem criar adeptos» (MSP).

Outra mudança sentida foi a nível organizacional: no início do período em análise as temáticas da Educação para a Saúde só eram abordadas nas áreas de Ciências, na disciplina de Saúde. *«Só em meados de 80, com o PPES é que apareceu o primeiro programa e apareceram as Escolas Promotoras de Saúde. Antes só havia projectos internos» (CP).*

O mais negativo, porém, é que *«houve uma evolução cultural, as pessoas já pedem outras formas de intervenção e outras metodologias» (PRS)* e isso parece ser o que falta porque, por exemplo, *«as novas tecnologias não têm sido utilizadas em Educação para a Saúde» (PRS)*. E acrescentamos nós, igualmente, novas abordagens, já comuns noutros países como a França, como as que utilizam o conceito de “resiliência”, enquanto processo dinâmico e protector, no âmbito do comportamental, capaz de descentrar as práticas da Educação para a Saúde dos procedimentos considerados de risco e das vulnerabilidades individuais ou grupais (Silva, 2002). Indo assim, ao encontro do que se refere no guia “Promover a Saúde da Juventude Europeia; Manual de professores e outros profissionais que trabalhem com jovens”, de que *«a abordagem actual procura ultrapassar o conceito tradicional de Educação para a Saúde centrado no indivíduo para o deslocalizar para a necessidade de se criarem estilos de vida saudáveis» (CCPES, 1999, p. 24).*

Mas é na área da Saúde onde a crítica mais contundente se manifesta: *«A Educação para a Saúde não é prioritária em nenhum Serviço que eu conheço. Mais do que isso, é um lobby de eficácia duvidosa para a grande maioria dos profissionais de Saúde. A grande maioria considera que não faz sentido ir para as escolas e não faz sentido estar nas escolas» (EC)*. E, sendo assim, a Promoção da Saúde é e será sempre uma miragem.

De qualquer forma é preciso vincar que, se durante algum tempo, aqui como no resto da Europa, a intervenção técnica tinha contornos moralistas, proibicionistas e paternalistas, com excesso de informação biomédica, *«a*

Educação para a Saúde não é a vulgarização do conhecimento médico, nem subproduto da publicidade, mas um impulso à participação efectiva na autogestão da saúde, no contexto das realidades quotidianas» (Poulizac, 1984, cit. in Pestana, 1995).

Consolidação da Necessidade

A necessidade de um programa de Educação para a Saúde, centrado na Escola, continua a ser considerada uma evidência pelos entrevistados. Isto, principalmente, porque *«os jovens continuam a recorrer às revistas e aos amigos para se informarem. Raramente falam com os pais; às vezes falam com um professor com quem têm mais abertura. Depois têm ideias erradas. Pensam que sabem tudo, mas quando sabem alguma coisa quase sempre não a sabem de forma correcta» (CP).*

Registamos apenas essa unanimidade de declarações que faz da indispensabilidade da Educação para a Saúde um denominador comum que abrange todas os entrevistados, quer sejam das áreas da Saúde quer da Educação, cujas responsabilidades variam entre a coordenação a nível central de políticas gerais e o desenvolvimento local de projectos de escola.

«Acho que a Educação para a Saúde é mais necessária do que nunca. Eu acho, hoje, o mesmo que achava na altura. Agora, se calhar, a escola até mudou para pior...» (LN). Naturalmente, que entendemos esta observação final como o reconhecimento de que a degradação do ambiente de escola é cada vez mais propiciador ao aparecimento de novos fenómenos anti-sociais, como já hoje acontece, por exemplo, com o fenómeno do *bullying*, a entrada dos passadores de drogas no pátio da escola e a agressão a professores e funcionários.

Por outro lado, frases como: *«Acredito e continuo a acreditar que é necessária, que é útil, que é profícua, que evita doenças, que evita despesas, que evita angústias, e muito, muito desperdício e que também pode dar muitas alegrias e satisfação» (MSP);* ou, ainda: *«Estamos longe de alcançar uma luz ao*

fundo do túnel relativamente à Educação para a Saúde nas escolas que é a minha área de formação» (EC), oferecem-nos duas visões mais analíticas: um pouco romântica, uma; um pouco amarga, outra.

«Absolutamente necessária» (JC) sintetiza, finalmente, uma das entrevistadas. Mas não só, também uma política de verdadeira Promoção da Saúde que salte para fora dos muros da Escola e se dissemine por toda a sociedade portuguesa, porque ter saúde, ao contrário do que se pensa, não é apenas “não estar doente”. Ter saúde é muito mais do que isso, ter saúde é a atitude de quem não se conforma com a doença, de quem a sabe encarar e relativizar porque *«não há doenças, há doentes. E até a maneira como as pessoas lidam com a doença pode ser, em si mesma, promotora de saúde, no sentido do seu bem-estar»* (JC).

Isto, porque o conceito de saúde reflecte, sempre, a conjuntura social, económica, política e cultural de qualquer país. Ou seja, a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas em todos os lugares. Dependerá sempre dos circunstancialismos do meio, mas também dos valores individuais e das concepções científicas, religiosas e filosóficas que lhes estão na base (Scliar, 2007).

Escolas Promotoras de Saúde

Conforme diz uma nossa entrevistada, quando surgiu a ideia da Promoção da Saúde, a grande mentora foi a Illona Kickbusch, que era, na altura, da OMS. E ela deu logo a ideia de que queria abafar a Educação para a Saúde. Contudo, essa visão excessivamente dominadora teve, desde logo, uma grande contestação, tendo recebido múltiplas reacções adversas. *«Muita gente reagiu, muita cabeça se levantou, muita voz por esse mundo fora; artigos nos jornais e nas revistas; inclusive, na Revista da União Internacional, porque havia quem quisesse que fosse só Promoção da Saúde e as pessoas rejeitaram essa ideia. Depois, lá ficou a Educação e Promoção da Saúde»* (MSP). Segundo esta entrevistada, que acompanhou, em nome de Portugal, todo o processo que levou à criação da RNEPS, Illona Kickbusch achava que se devia passar da

concepção arcaica de Educação para a Saúde para uma concepção extremamente alargada, *«metendo, num saco muito grande, tudo e mais alguma coisa: Forças Armadas, os Ministérios todos, as entidades todas»* (MSP).

Consequentemente, a ideia de uma RNEPS nos diferentes países europeus foi objecto de uma experiência-piloto, em 1991, na Hungria, República Checa, Eslováquia e Polónia. Logo no ano seguinte,

«Na sequência de negociações entre a Comissão Europeia, o Conselho da Europa e o gabinete Regional para a Europa da OMS, chegou-se a um acordo para desenvolver o projecto sob os auspícios destas três organizações. A REEPS foi formalmente inaugurada e aberta a candidaturas em 1992.»

(Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, 2001, p. 5)

Como marco fundamental dessa nova visão globalizante, restou como ponto fulcral, a questão do “ambiente”, porque é ele, ao fim e ao cabo, que condiciona tudo o resto. Mas a ideia de construir um projecto de Escolas Promotoras de Saúde através de Decreto parece não funcionar, em primeiro lugar por questões de ordem logística e operacional. *«Como é que o sistema sustenta a criação de Escolas Promotoras de Saúde com duas ou três pessoas que estão na Direcção Geral e sem ninguém nas Direcções Regionais que as apoiem, como se sustenta um processo destes?! É a tal coisa: não basta o Decreto»* (LN); complementa, assaz criticamente, outra entrevistada que teve responsabilidades a nível regional.

Por outro lado, há quem pense, como já vimos, que *«o modelo, quando começou, era importante porque tinha uma perspectiva muito completa de abordagem na Escola. Não se ficando apenas pela informação. Mas o conceito inicial é ainda muito biomédico. Embora haja já no conceito das Escolas Promotoras de Saúde, a influência de novos princípios e valores. (Ainda assim), é sempre melhor ter um Projecto que englobe as diversas vertentes, evitando actuações dispersas e sem ligação»* (PRS).

Modelo que nunca foi posto em prática nem explorado, diz-nos a este propósito, um outro entrevistado, cujo percurso profissional, atípico, o levou da coordenação de âmbito nacional para o desenvolvimento local de projectos de Educação para a Saúde, em meio escolar. Afirma ele que, do ponto de vista teórico, os princípios básicos foram todos cumpridos, mas isso é, afinal, muito pouco e *«Portanto, não tenho elementos que me permitam dizer que este modelo não foi o modelo adequado. A forma como o modelo foi implantado é que deixa muito a desejar»* (EC).

Esta ideia parece ser confirmada por uma outra entrevistada, quando afirma: *«O Programa de Educação para a Saúde é filho do “Projecto VIDA” e é criado por um período experimental, sucessivamente prorrogado. A partir de uma determinada altura, já não fazia sentido chamar experimental a uma coisa que de experimental já tinha muito pouco e, então, procurou-se alargá-lo como uma estrutura de todas as escolas. Isso e a falta de dinheiro produziram o descalabro»* (LN).

Esta afirmação carece, no entanto, de um pequeno reparo. De facto, desde Março de 1987, que já se desenvolvia o Projecto VIDA – Plano integrado de combate à droga, que contemplava 30 medidas no domínio da prevenção da toxicomania e do tratamento, reabilitação e inserção social dos toxicómanos e englobava a cooperação de 6 Ministérios, sendo a Ministra da Saúde, Leonor Beleza, a Coordenadora Geral.

De qualquer modo, querendo atribuir alguma paternidade, seria mais correcto dizer que o PPES é filho do Projecto “Viva a Escola”, criado em 1990, este sim, no âmbito do Projecto VIDA, conforme se pode comprovar por documentação oficial.

“O Projecto Viva a Escola (PVE), que integrava 293 escolas e que trabalhava numa óptica semelhante... (projecto que) canalizava mais as suas intervenções para as Escolas Secundárias e EB 2,3 e pouco para o Pré-escolar e 1º Ciclo... Em 1993 é criado o Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES), que

integra todas as competências, obrigações e actividades do PVE, e as escolas nele inseridas iniciam uma aproximação aos princípios das escolas da RNEPS.”

(Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, 2001, p. 17)

A opinião de que, com o alargamento generalizado das experiências-piloto, a estrutura começou a desfazer-se, leva alguns entrevistados a reflectir de que seria melhor ter-se enveredado por outros caminhos em que as coisas não viessem de cima para baixo.

Na verdade, preconizava-se a nível da rede europeia que:

“As escolas devem seguir os exemplos de boas práticas a partir das redes-piloto..., (sendo que estas) comprometem-se a promover a saúde, tornando os seus ambientes locais mais seguros e promotores de saúde para viver, trabalhar, aprender e progredir.”

(Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, 2001, p. 5)

Contudo, mesmo ao nível da coordenação de topo nacional, a crítica dos projectos megalómanos revela-se contundente porque os mesmos «são artificiais, não colam. Vivem uma vida efémera. (Portanto), projectos pequenos, mesmo pequeninos, autarquias que se juntam, a ideia das Cidades Saudáveis, óptimo; coisas que depois vão influenciando o país inteiro e acabam por minar» (MSP).

E de facto, formalmente,

“Na sequência de uma reunião de Conselho de Ministros da Educação da Europa, Portugal aderiu à REEPS em Setembro de 1994... (e) no início do ano lectivo 1994/95, foram então seleccionadas 10 escolas a nível Nacional e 4 centros de saúde das regiões que se disponibilizaram a participar na experiência-piloto de acordo com os princípios orientadores da Rede Europeia.”

(Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, 2001, pp. 14 e 17)

Quanto à necessidade das Escolas Promotoras de Saúde há quem opine que o modelo é bom, mas é demasiado caro, se o quisermos levar à prática explorando todas as suas imensas potencialidades. Porque *«é um modelo que requer que a Escola tenha mais autonomia e que a Escola se possa organizar de outra maneira. Ora, neste momento, o Ministério quer, mas não deixa.»* (LN) E a queixa vai mais longe na clarificação do que é indispensável fazer-se: *«Tem que haver margem de manobra, tem de haver mais flexibilidade; os professores não podem estar na escola a fazer aulas de substituição, actividades extracurriculares, estar com os meninos até às tantas e, depois, pedirem que os professores pensem. Os professores, neste momento, estão cheios de tarefas. As pessoas podiam tentar aproveitar esse tempo para fazer coisas diferentes do que estão a fazer. Mas, como o Povo diz, não se apanham moscas com vinagre. Há poucas condições anímicas para construir as Escolas Promotoras de Saúde. As pessoas estão fartas de papéis. Criou-se um modelo de Escola muito burocrática. A carga horária e o trabalho burocrático são muito grandes e não há condições, nem anímicas, nem organizacionais, nem de sustentabilidade do próprio sistema»* (LN).

Depois, a questão da autonomia entronca ainda na questão da programação que passa pela abordagem de todos os temas num mesmo ano. E se *«há assuntos específicos para determinado ano, que estejam de acordo com o nível etário dos alunos, muito bem, só que a nível do básico isso ainda se consegue fazer, mas no secundário eles deixam de ter algumas disciplinas e depois torna-se impraticável»* (CP).

A aversão ao Decreto, isto é, à imposição vinda de cima, que parece não compreender a realidade do terreno, é, pois, manifesta, em vários discursos, vertical e horizontalmente. E esta contestação assume um contorno ético quando se expressa em termos de liberdade, porque *«a liberdade para criar é uma coisa muito importante; obviamente, para funcionar de forma autónoma e para ter iniciativa, há, sempre, critérios e conteúdos que têm de ser comuns. Mas o que existe não é uma estrutura, é, apenas uma amálgama de coisas»* (LN).

O que nos traz à velha questão do “bom aluno europeu”, tão veementemente sublinhada durante vários anos pelos nossos governantes. Porque a ânsia de nos aproximarmos dos padrões europeus acabou, muitas vezes, por nos fazer saltar etapas absolutamente necessárias à consolidação do nosso desenvolvimento. Tal como a rã da fábula, inchamos facilmente, iludidos pela importância que nos atribuímos. Neste caso, alguma prudência – prudência que o próprio legislador europeu, pondera, quando, assisadamente, a sugere – deveria ter sido levada em linha de conta. Na verdade, *“Em 1997... foi decidido o alargamento das redes nacionais, de acordo com as capacidades e especificidades de cada país. Portugal adere (imediatamente) a esta decisão”* (Rocha, 1999).

Ainda assim, sem igual aplicação de meios como noutros países, nomeadamente nos países de Leste, onde a questão educativa é encarada com outra visão. *«Por exemplo, na Hungria, o Instituto de Educação e Promoção da Saúde tem cerca de cem pessoas e nos outros países esta é uma área ainda com mais meios»* (PRS).

Para além de que continuando Portugal uma sociedade semiperiférica, no contexto europeu, em termos de factores socioambientais, a promoção da saúde, mais do que nos outros países, deveria merecer estratégias multisectoriais que fossem para além das directamente ligadas ao sistema prestador de cuidados (Pereira, 1991).

E voltamos sempre à questão, bastas vezes levantada, da valorização dos “núcleos duros”, das “redes” e das “ilhas”: *«Eu acho que neste momento não existem condições. Durante a fase experimental havia condições e funcionava. E os resultados disso ainda hoje permanecem, em ilhas, que são as que ainda funcionam, mas o resto, da tal generalização, não funciona nada»* (LN). Porque, quanto ao resto, malgrado o decreto, na prática, *«o que acontece é que temos de falar com as diversas turmas e ver quais são as que precisam mais de determinada intervenção e é assim que funcionamos»* (CP).

Perspectivas de Futuro

De todas as entrevistas ressalta uma constatação unânime: as perspectivas de futuro não são consideradas boas. E a desilusão, nalguns casos, é mesmo imensa, nomeadamente, quando as pessoas têm uma concepção muito prática da acção: *«Infelizmente, a minha expectativa ou estava a zero ou por aí. Não tinha nenhuma expectativa. É uma pena, ainda hoje considero que era uma coisa que não me importava, agora só em voluntariado. Já não tinha muita paciência porque isto desgasta, trabalhar com decisores políticos, cujos conhecimentos são sempre políticos... Poderiam fazer-se assessorar (com quatro ss) por pessoas que soubessem da poda, mas não o fazem, e, então, estão sempre no domínio do conceptual. Ora, ninguém precisa de descobrir a pólvora, já está tudo descoberto»* (JC).

E, no entanto, resta ainda, a alguns, alguma esperança de que isso possa vir a mudar. *«No momento em que deixei o Serviço de Educação para a Saúde as perspectivas eram más. Deixaram cair a estrutura, deixaram as coisas desmoronarem-se, e, portanto, já não havia aquele "élan" para continuar. Naquela altura, comecei a sentir que as coisas estavam a "involuir". E em termos da periferia, as vozes que me chegam é do género: "Ai doutora, morreu tudo, já não há coisa nenhuma, nós fazemos coisas, mas depois ninguém quer saber o que a gente faz." É uma pena. Pode ser que haja um ressurgimento (risos). Eu acredito, acredito sempre»* (MSP).

E, no entanto, a necessidade de haver um alargamento sustentado e por fases, era manifesta. *«O que se discutia é que "aquilo" não podia ser terra só para alguns. Os resultados foram positivos, viu-se como as coisas funcionam, quer em termos de constituição das equipas, quer de acompanhamento, quer de produção de documentos. Tínhamos, portanto, tudo pronto para ser aplicado, coerentemente organizado e estruturado, com apoio, mas, naturalmente, que era preciso, também, algum dinheiro. Obviamente, que é preciso pessoas e algum dinheiro para lhes pagar. Isto de ter Educação, mas ser baratinha, acho que não vamos a lado nenhum»* (LN).

Há também quem confesse algum desmoronar das ilusões na confissão da sua surpresa *«porque na altura, tínhamos 12 técnicos. E eu pensei, isto vai aumentar. É uma área que vai ser incentivada. Continuava a haver conferências de Promoção da Saúde. Pensei que ia haver mais investimento e, portanto, imaginei que seria diferente. Aliás, uma das coisas interessantes da produção de literatura em Educação para a Saúde de outros países, independentemente de terem uma perspectiva biomédica, comportamental ou da área da avaliação da Saúde Pública, etc., é ver-se frequentemente, livros de vários autores, o que não acontece em Portugal, em que cada um faz o seu capítulo, independentemente, dos outros. Ora, em muitos países é frequente pensar em conjunto sobre estas temáticas e produzir em conjunto o texto. Sempre tive a ilusão de que era possível fazer-se isso em Portugal. E não estou a falar apenas desse meu interesse e gosto. Repare que tudo o que se faz em Portugal não se faz assim»* (PRS).

«Perspectivava o futuro da educação para a Saúde, como existindo uma coisa que ainda não existe: um programa de Educação para a Saúde, não uma disciplina», diz-nos um outro entrevistado. «Esta foi sempre uma questão muito discutida e muito pouco clara, muitas vezes também com interesses ocultos e perversos. Por mim, não tenho muita dificuldade em elaborar um programa que comece, preferencialmente, no pré-escolar e que o mesmo programa se vá desenvolvendo, aumentando progressivamente a sua dimensão do conhecimento e de exigência e de capacidade de resposta, à medida que a progressão escolar e etária se vai fazendo. Mas começemos a trabalhar tudo desde o início num crescendo e que haja uma linha de orientação que nos diga, por exemplo, que a sexualidade, aos quatro anos, deve ter este ou este objectivo aqui presentes, aos dez anos, deve ter este e este e por aí fora. Ora, o que acontece é que, cada vez mais, discutimos o sexo dos anjos. Estamos muito longe de alcançar uma luz ao fundo do túnel relativamente à Educação para a Saúde, nas escolas, que é a minha área de formação» (EC).

Para os operadores no terreno, mais ligados à execução dos programas, a sua experiência do dia a dia, sobreleva tudo o resto, e por isso, as condições concretas em que desenvolvem as suas actividades obrigam a uma outra

ponderação. E se o desejo de que as coisas evoluíssem positivamente era predominante, a verdade é que *«o que aconteceu é que se idealizou, mas as condicionantes que temos na Escola não se coadunam muito com a parte teórica da questão. Estou a lembrar-me do grupo de trabalho para a Educação para a Saúde, do Professor Daniel Sampaio. Eles prevêem que haja um programa para cada ano e que todos os anos a temática seja tratada. E não é possível falar em todas as turmas nas temáticas da Saúde. É irreal. E depois os professores também não estão preparados. E esse também é um problema»* (CP). E, acrescentamos nós, um grande problema.

Porque se, ao nível dos discursos, como já alguém disse e convém repetir, seja do ponto de vista político, seja do ponto de vista técnico, a Promoção e a Educação para a Saúde foram sempre consideradas áreas importantes, a realidade mostra que, tanto a nível central como a nível local, há um manifesto desinvestimento. Curiosamente, *«o desinvestimento na formação foi simultâneo ao interesse das Universidades na temática. Mas um técnico que está no local não precisa de tirar um mestrado, precisa de formação específica e contínua, pequenas acções pontuais que contribuam, do ponto de vista técnico, para tornar os projectos mais eficazes. E era isso que fazíamos com a nossa formação»* (PRS).

Como alguém também já disse: *«Isto de ter Educação, mas ser baratinha, acho que não vamos a lado nenhum»* (LN).

Capítulo V – Conclusões e Recomendações

1. Conclusões

Pretendemos, nestas conclusões, acima de tudo, extrair as grandes linhas gerais de que são feitas as diversas entrevistas. No entanto, não nos iremos cingir apenas às várias temáticas em que organizámos os nossos objectivos iniciais, muito embora o pudéssemos fazer, mas alargar também a nossa capacidade de síntese ao que de transversal percebemos ser relevante na articulação dos próprios discursos.

Assim, entendemos realçar, em primeiro lugar, a coerência dos entrevistados porque a produção oral de todos eles releva de um pensamento consistente, pensado e organizado, próprio de quem tem uma visão amadurecida das questões; de quem as problematizou e sobre as quais podem emitir opiniões bem fundamentadas e bem sustentadas.

Achamos esta faceta da maior importância porque nada do que ouvimos nos pareceu anódino ou inconsequente. Porque em nenhum momento ouvimos “boutades” ou lugares-comuns.

Em segundo lugar, assinalamos uma grande concordância das apreciações; nalgumas temáticas, mesmo, surpreendentemente unânime. Estamo-nos a lembrar, particularmente, das questões que têm a ver com as grandes temáticas ligadas ao “Enriquecimento Pessoal”, e ao “Impacto no Projecto de Vida”, mas também em áreas mais segmentadas como a “Consolidação da Necessidade”, a apreciação sobre as “Escolas Promotoras de Saúde” ou as “Perspectivas de Futuro”.

Também achamos esta concordância de julgamento e opinião altamente meritória e digna de realce, na medida em que estabelece um quadro ancorado numa validação mutuamente sustentada, que de outra forma, no caso de uma diversidade de opiniões, quiçá, contraditórias, dificilmente nos levaria a empreender quaisquer outras conclusões que não fossem o caos.

Uma outra conclusão transversal aos vários discursos é uma certa nostalgia do passado. A ideia de que “no meu tempo é que era bom” perpassa na cabeça dos entrevistados. Por diversas vezes se diz que se perdeu o “élan”; que as coisas apodreceram; que já não se fazem projectos como antigamente; que o que ainda funciona é o que, “à época”, funcionava; etc., etc., etc.

Também é verdade que este sentimento é mais notório nas pessoas mais velhas ou naquelas que, entretanto abandonaram o sistema, por motivo de reforma, ou por assunção de outras funções.

Também relevamos a possibilidade desse sentimento estar relacionado com a apreciação que é feita à situação actual, o que leva a que, de um modo consistente, todos os entrevistados analisem o presente, sob uma perspectiva extremamente negativa. Se é assim ou o seu contrário, fica-nos a dúvida. Provavelmente, não há aqui uma causa/efeito linear e ambas as premissas do problema se influenciem mutuamente.

Paradoxalmente, chamou-nos à atenção uma dualidade de opiniões quanto à articulação entre o ME e MS. E porque não detectámos nelas o mais pequeno laivo de corporativismo, daí a sua maior relevância. É que há uma clara divergência na apreciação sobre o grau de relacionamento de quem está no topo, de quem teve funções de chefia, de quem coordenou Departamentos e Serviços, com aqueles que, no terreno, nas escolas e nos CS fazem o trabalho de campo. E se os primeiros apontam algumas dificuldades e, nalguns casos, profundas dificuldades, os segundos não partilham da mesma opinião. Para eles ou, no mínimo, são parceiros da escola ou, então, o apoio do CS tem sido exemplar.

Foi também possível detectar graduações no posicionamento crítico dos vários entrevistados e definir-lhes um enquadramento enquanto grupo ocupacional. Assim, os profissionais de Saúde mostraram-se muito mais exigentes e preocupados na abordagem das questões metodológicas, nomeadamente na abordagem comunicacional; na abordagem excessivamente

biomédica dos conteúdos; e na concretização dos objectivos e na questão da avaliação de resultados.

Julgamos saber que tal se deverá à sua própria formação, enquanto técnicos de Saúde, habituados a um confronto profissional que se situa, muitas vezes, no rigoroso limite de entre a vida e da morte.

Quanto aos professores, enquanto grupo profissional, revelaram-se mais susceptíveis nas preocupações do relacionamento com os pares, sempre mais sujeito a invejas; do relacionamento da própria estrutura com os restantes Serviços do Ministério; e nas questões de financiamento e nas condições de trabalho.

Sendo a Escola o local privilegiado da Educação para a Saúde, onde os vários actores se encontram e desenvolvem as suas actividades, facilmente se compreende a natureza e a relevância conflitual destas questões.

No que diz respeito à abordagem, propriamente dita, das várias temáticas, desejamos salientar o seguinte:

Temática 1 – Concepção, Desenvolvimento e Execução

Historicamente, o sistema organizou-se a partir das experiências e dos contributos fornecidos pelo MS, desde o Instituto Maternal às campanhas de Educação Sanitária, sem esquecer a própria Saúde Escolar.

Coube ao SMP o papel de primeiro grande divulgador de uma ideia vanguardista de Promoção e Educação para a Saúde. Essa ideia baseava-se nas teorias libertadoras do sociólogo brasileiro Paulo Freire, que enformavam, ideologicamente, a cadeia de topo da Divisão de Educação para a Saúde, do MS.

Foi pelo programa interministerial “Viva a Escola” que o ME entrou verdadeiramente no processo e na problemática da Educação para a Saúde, e

começou, paulatina mas consistentemente, a tomar o leme da Educação para a Saúde em Portugal.

A actividade sanitária do MS, enquanto entidade autónoma, continuou, ainda, a desenvolver-se, nas escolas, através do PNSE, que utilizava a técnica dos rastreios (auditivos, visuais, posturais e orais) e do PNV.

Foi com o PPES que a Educação para a Saúde passou, definitivamente, para a órbita do ME, criando-se, então, uma estrutura paralela vocacionada para a concepção, desenvolvimento e execução dos projectos. Tratava-se de uma organização centralizadora que impunha, de cima para baixo, o modelo e as prioridades, a que as escolas aderiam voluntariamente, apresentando propostas que podiam ou não ser aprovadas.

As expectativas geradas pela Educação para a Saúde foram satisfatórias para a generalidade dos agentes entrevistados, muito embora se sinta uma imensa frustração quanto aos caminhos do presente e do futuro, mais sentida ao nível dos profissionais de Saúde.

A Educação para a Saúde criou um ideal de Escola e criou uma designação informal de “rede”, não compatível com a RNEPS, para as escolas que se deixaram imbuir por essa perspectiva idealista. Os seus objectivos gerais eram claros porque procuravam corresponder às grandes questões sanitárias, sociais e culturais da sociedade portuguesa, desde os Cuidados de Saúde Primários aos flagelos da droga, da SIDA e da gravidez precoce, entre outros. Estas eram também as grandes prioridades.

Temática 2 – Grau de Execução dos Objectivos

A definição de objectivos, quando envolvia parcerias, nomeadamente entre o ME e o MS, nem sempre foi considerada fácil. A nível mais local, esta definição revelou-se um processo complexo porque envolvia o diagnóstico das necessidades, a discussão e aprovação dos Conselhos Pedagógicos e a integração no Plano Anual de Actividades.

Os entrevistados não revelaram concordância quanto ao grau de concretização dos objectivos, sendo que, em termos de resultados obtidos, os próprios não consideraram muito gratificante a intervenção em Educação para a Saúde, já que a avaliação de resultados ou não existiu ou foi insuficiente.

A Educação para a Saúde foi considerada mais do que necessária, imperiosa, porque nunca se esgota e há sempre novas gerações a entrarem na Escola, e porque a Escola é, em si própria, uma entidade cada vez mais “doente”.

Temática 3 – Relações Institucionais e Humanas

O grau de satisfação das relações institucionais foi mais satisfatório a nível local do que a nível central. Principalmente, porque, a nível local e regional, a satisfação institucional acompanhou o ritmo das pessoas, muito facilitado pela formação massiva gerada pela Educação para a Saúde.

Ainda assim, foram referidas algumas pequenas invejas a nível local, facilmente rebatíveis, e grandes invejas a nível central do ME, as quais, de algum modo, inquinaram o próprio funcionamento dos Serviços de Educação para a Saúde.

Quanto às relações interpares, em meio escolar, estas foram fortemente influenciadas pelos órgãos de gestão das escolas. Na verdade, a questão da liderança foi largamente referida como fundamental para a boa aceitação dos projectos e para o atenuar das rivalidades.

De qualquer modo, a causa de maior desânimo dos operadores finais do sistema está nos destinatários, nos jovens, cujo desinteresse crescente pela informação abundantemente disponível é encarada como um absurdo.

Temática 4 – Autonomia de Execução

Todos os entrevistados se consideraram, intrinsecamente, muito autónomos. E todos realçaram, também, a autonomia com que puderam desenvolver as suas tarefas, muito embora, a nível de topo e em todas as circunstâncias, só depois das aprovações ao mais alto nível.

Por outro lado, os meios, nomeadamente os aspectos financeiros foram sempre considerados insuficientes, excepto do período final a que se reporta o nosso trabalho (1998/99) quando não faltou dinheiro para a formação. Convém recordar que se estava no governo de António Guterres e na altura da grande “Paixão pela Educação”.

A nível escolar, a grande questão prendia-se com a gestão do tempo e com a compatibilização de horários e, também, com a cada vez maior carga burocrática dos professores. Também a metodologia facilitista das palestras e das intervenções avulsas em cerimónias dos Dias Mundiais disto e daquilo, prevalecente em muitas escolas, foi referida como não garantindo a necessária qualidade pedagógica.

Diverso material pedagógico, como os vídeos, não tinha renovação, perdurando durante anos e anos, descontextualizando-se e desactualizando-se e perdendo, por isso, a necessária adesão dos alunos. Contudo, as críticas mais contundentes foram para as famílias que, cada vez mais, depositam na Escola responsabilidades e competências que deveriam ser suas.

Finalmente, a questão da boa gestão dos Conselhos Directivos também foi considerada como fundamental para a formação do chamado “núcleo duro”, arma fundamental na capacidade organizativa e executiva do Projecto de Escola.

Temática 5 – Motivações Iniciais

As motivações de ordem pessoal e as circunstâncias da vida foram fundamentais para o envolvimento dos entrevistados na temática da Educação para a Saúde, assim como a iniciação profissional por áreas afins. Os médicos mais antigos referiram, também, expressamente, o papel fundamental da passagem pelo SMP.

Também o interesse individual e a apetência pelas questões da Saúde estiveram na base dessa adesão. No entanto, o grande factor determinante para o envolvimento pessoal foi, sem dúvida, a relação apaixonada que estabeleceram com a própria problemática da Educação para a Saúde.

Temática 6 – Impacto no Projecto de Vida

Houve unanimidade quanto ao impacto do envolvimento profissional nas questões da Educação para a Saúde na vida pessoal dos entrevistados. A intensidade da relação redefiniu linhas de rumo que condicionaram e reorientaram as próprias estratégias de vida.

As consequências pessoais e familiares foram, bastas vezes, afectadas negativamente. Sendo que, neste caso, tudo foi encarado como uma inevitabilidade gerada pelo entusiasmo e compensada pela paixão.

O enriquecimento profissional foi declaradamente unânime, mas referido das mais variadas formas: pelo impacto na carreira e pelos cargos exercidos; pelo reconhecimento ou inveja dos outros; por sentimentos de bem-estar; pela abertura mental e de espírito para encarar novos desafios; pela participação em congressos e seminários; pela literatura produzida; pela realização profissional propriamente dita.

O prazer de “trabalhar em equipa”, o “criar a rede”, o pertencer à comunidade foram os aspectos mais comumente referidos.

Temática 7 – Educação para a Saúde

A apreciação global sobre a Educação para a Saúde foi francamente desanimadora para a generalidade dos entrevistados, principalmente porque o resultado final não correspondeu ao entusiasmo e à esperança depositados no grande projecto. Sintomaticamente, a palavra “involução” foi mencionada em duas entrevistas, mas todos os entrevistados, ainda que por outras palavras, definiram similarmente o estado a que se chegou.

Constatou-se, ainda, que o conceito de Promoção da Saúde não estava claramente presente, confundindo-se muitas vezes Educação para a Saúde com Promoção da Saúde.

A necessidade de um programa de Educação para a Saúde, centrado na Escola, continua a fazer todo o sentido para os entrevistados, que o consideraram, unanimemente, indispensável. No entanto, a apreciação sobre a necessidade e o papel das Escolas Promotoras de Saúde não colheu unanimidade. A explicação mais comum foi a de que ou o modelo ainda não foi posto em prática nem explorado ou o alargamento generalizado das experiências-piloto degradou o sistema. Isto porque a imposição, por Decreto, dos grandes projectos megalómanos, sem atender à realidade das coisas, não se coadunaria com a Escola actual. E sendo assim, como já se referiu, as perspectivas de futuro não foram consideradas boas.

Também o discurso político laudatório não teve correspondência no nível de investimento atribuído ao programa das EPS. E como alguém disse, e agora repetimos, *«Isto de ter Educação, mas ser baratinha, acho que não vamos a lado nenhum.»*

2. Recomendações

Concluída a tese de dissertação, ficou-nos o enorme apelo para procurarmos investigar mais. Sabemos que este trabalho, porventura pioneiro no âmbito de uma tese de mestrado, é apenas uma parte insignificante, parcelar quanto baste, mas suficientemente apelativa para o despertar do conhecimento.

Como um dos entrevistados afirmou, aqui está *«uma coisa que ainda se está a tempo de fazer: contar a História da Educação para a Saúde. Como surgiu no mundo, na Europa, no país, e no país fazer a História, desde a Medicina Escolar e Medicina Pedagógica e projectando-a no futuro.»*

Ora, é precisamente este apelo que sentimos, que este trabalho possa ser, independentemente do que outros venham a fazer, o embrião de um projecto mais vasto e ambicioso, que possa vir a abranger, desde o higienista Câmara Pestana até aos nossos dias, o que foi o percurso da Promoção e Educação para a Saúde em Portugal.

Talvez o nosso desígnio esteja, afinal, ao alcance de uma futura tese de Doutoramento.

Bibliografia

- Ambrósio, T. (1991). Democratização do Ensino. In *Sistema de Ensino em Portugal*. (pp. 575-601). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Antunes, M. C. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coleção Ciências da Educação e Pedagogia. Coimbra: Livraria Almedina.
- Ayres, J. R. (2007). Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. (pp. 43-62). In *PHYSIS: Revista Saúde Colectiva*, Rio de Janeiro 17 (1).
- Barreto, A., Preto, C.V. (1996). *Portugal 1960/1995: Indicadores Sociais*. Cadernos do Público (8). Lisboa: Jornal Público.
- Barroso, João. (1992). Fazer da Escola um Projecto. In *Inovação e Projecto Educativo de Escola*. Lisboa: Educa Organizações.
- Bogdan, R., Bilken, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, Lda.
- Branco, A. G., Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. In *Cuidados de Saúde Primários*. (2, pp. 5-12). Revista Portuguesa de Saúde Pública.
- Burgess, R.G. (2001). *A Pesquisa de Terreno, Uma Introdução*. (2ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Carapinheiro, G. (2006) A Saúde Enquanto Matéria Política. In Carapinheiro, G. (org.). *Sociologia da Saúde, Estudos e Perspectivas*. (pp. 137-163). Coimbra: Pé de Página Editores.
- Carreira, H. M. (1996). *O Estado e a Saúde*. Cadernos do Público (2). Lisboa: Jornal Público.

- Carreira, M. (1996). *O Estado e a Educação*. Cadernos do Público (7). Lisboa: Jornal Público.
- Creswell, J. W. (1994). *Research Design – Qualitative & Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2004). *Education Research: Planning, Conducting and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*. (2nd ed.). London: Prentice Hall.
- Dias, J. L. (2000). Os Problemas de Saúde dos Portugueses. In *Educação Para a Saúde*. (pp. 29-52) Braga: Departamento de Metodologia da Educação, Universidade do Minho.
- Ferreira, V. (1986). O Inquérito por Questionário na Construção de Dados Sociológicos. In *Metodologia das Ciências Sociais*. (pp. 165-196). Porto: Biblioteca das Ciências do Homem, Edições Afrontamento.
- Formosinho, J., Machado, J. (1999). *A Administração das Escolas no Portugal Democrático*. Consultado a 16.07.2008 em <http://www.cursoverao.pt/c-1998/joao.htm>.
- Freire, P. (1971). *Educação Como Prática da Liberdade*. S. Paulo: Paz e Terra
- Gomes, D. S., Dias, J. L. (1987). *O Serviço Nacional de Saúde – Descrição Sumária do seu Desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde.
- Marques, A. T. (1998). Actividade Física e Saúde. A Perspectiva Pedagógica. In Rocha, L. e Barata, J. (Coord.). *Educação para a Saúde – O Papel da Educação Física na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis*. (pp. 83-107) Lisboa: Omniserviços.

- Merriam, S. B. (1988). *Case Study Research in Education – A Qualitative Approach*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers.
- Navarro, M. F. (2000). Educar para a Saúde ou para a Vida? Conceitos e Fundamentos para Novas Práticas. In *Educação Para a Saúde*. (pp. 13-28) Braga: Departamento de Metodologia da Educação, Universidade do Minho.
- Nóvoa, A. (1992). Para uma Análise das Instituições Escolares. In Nóvoa, A. (org.). *As Organizações Escolares em Análise*. (pp. 14-43). Nova Enciclopédia. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Nóvoa, A. (2002). O Espaço Público da Educação: Imagens, Narrativas e Dilemas. In *Espaços de Educação, Tempos de Formação*. (pp. 237-263). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nunes, L. A. H. (2000). *O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico*. IV Congresso Português de Sociologia. Consultado em 24 de Julho de 2009 em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e0a1588ba7_1.PDF.
- Pereira, J. (1991). Saúde e Ambiente Socioeconómico em Portugal. In *Análise Social*, vol. XXVI (110) (1º) (p 256). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Pestana, C. (1995). *A Educação para a Saúde no Sistema Educativo num Quadro de Mudança*. Artigo policopiado. PPES – Ministério da Educação.
- Precioso, J. (2004). Educação para a Saúde na Escola, um Direito dos Alunos que Urge Satisfazer. In *O Professor*. Nº 85, III Série (pp 17-24). Lisboa: Editorial Caminho.

- Rocha, J. S. (1999). A Educação para a Saúde nas Escolas Portuguesas – Do Projecto Viva a Escola às Escolas Promotoras de Saúde. In *Educação Para a Saúde*. (pp. 42-52). Braga: Departamento de Metodologia da Educação, Universidade do Minho.
- Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. (pp. 29-41). In *PHYSIS: Revista Saúde Colectiva*, Rio de Janeiro 17 (1).
- Silva, A. S. (1994). Análise Sociológica e Reflexão Democrática sobre a Educação: um Diálogo com Vantagens Recíprocas. In *Análise Social*, vol. XXIX (129) (5º) (pp 1211-1227). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Silva, P. R. (2002). O Papel das Revistas de Educação para a Saúde. In *Cadernos da Direcção-Geral da Saúde*, (nº 2, Outubro) (pp 35-36). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde.
- Stoer, S. (1982). *Educação, Estado e Desenvolvimento em Portugal*. Colecção BEP – Biblioteca do Educador Profissional. Lisboa: Livros Horizonte.
- Stoer, S. (1986). *Educação e Mudança Social em Portugal 1970-1980, Uma Década de Transição*. Porto: Biblioteca das Ciências do homem, Edições Afrontamento.
- Teodoro, A., Aníbal, G. (2004). *Educação em Tempos de Globalização. Modernização e Hibridismo nas Políticas Educativas em Portugal*. Consultado a 16.07.2008 em <http://www.rieoei.org/rie48a03.htm>.
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Wolcott, H.F. (1994). *Transforming Qualitative Data*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Yin, R. K. (1994). *Case Study Research – Design and Methods*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Documentos

Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. (1991). Livro Azul – Um Futuro para a Medicina Familiar em Portugal.

Ministério da Educação. *Do Projecto Viva a Escola ao Programa de Promoção e Educação para a Saúde, Relatório Síntese 1990-1994*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Ministério da Educação. (1993). *Programa do Seminário de Formação para as Equipas Nacional e Regionais – Síntese*. Ericeira: documento policopiado.

Ministério da Educação, *Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES)*. Lisboa: documento policopiado.

Ministério da Educação. (1996). *Projecto “Viva a Escola”*. Lisboa: documento policopiado.

Ministério da Educação. (1998). *Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Ministério da Educação. (1999). *Promover a Saúde da Juventude Europeia; Manual de professores e outros profissionais que trabalhem com jovens*. Lisboa: CCPES.

Ministério da Educação, Ministério da Saúde. (2001). *A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Ministério da Educação. (2001). *Relatório de Actividades – CAN*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Ministério da Educação. (2006). *Programa de Promoção e Educação para a Saúde, Relatório Síntese 1994-1996*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Ministério da Saúde. (1986). *As Metas da Saúde para Todos, Metas da estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento.

Ministério da Saúde. (1987). *Projecto Vida, O que é?* Lisboa: Grupo Coordenador do Projecto VIDA.

Ministério da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Ministério da Saúde. (2006). *Saúde Escolar, Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. Alma-Ata, Cazaquistão, URSS. Consultado a 15.05.2008 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm.

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Otava, Canadá. Consultado a 15.05.2008 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm.

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (1988). *Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Recomendação de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis*. Adelaide, Austrália. Consultado a 15.05.2008 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Adelaide.htm.

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (1991). *Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Declaração de Sundsvall sobre Ambiente Favorável à Saúde*. Sundsvall, Suécia. Consultada a 15.05.2008 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Sundsvall.htm.

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (1997). *Quarta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde; Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI*. Jacarta, Indonésia. Consultada a 15.05.2008 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Jakarta.htm.

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (2000). *Quinta Conferência Global Sobre Promoção da Saúde – Promoção da Saúde: Rumo a uma Maior Equidade; Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde*. Cidade do México, México. Consultada a 15.05.2008 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Mexico.htm.

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). (2005). *Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado*. Bangucoque, Tailândia. Consultado a 15.05.2008 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Bangkok.htm.

Universidade do Minho. (1998). *Educação Para a Saúde*. I Congresso de Educação para a Saúde. Braga: Departamento de Metodologias da Educação.

Legislação

Lei nº 56/79, de 15 de Setembro, que cria o Serviço Nacional de Saúde.

Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, que cria a Lei de Bases da Saúde.

Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, aprova o novo estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Resolução do Conselho de Ministros 17/90, de 21 de Abril, DR nº 93, Série I, que cria o Projecto VIDA.

Resolução do Conselho de Ministros nº 124/98, de 21 de Outubro, DR nº 243/98 Série I-B, p. 5484 a 5484, que cria uma comissão interministerial para o plano de acção integrado para a educação sexual e planeamento familiar.

Resolução do Conselho de Ministros nº 40/99, de 8 de Maio DR nº 107, Série I, que cria uma comissão interministerial para analisar e integrar os múltiplos aspectos associados à luta contra o alcoolismo.

Resolução do Conselho de Ministros 46/99, de 26 de Maio, DR nº 122/99, Série I-B, que aprova a estratégia nacional de luta contra a droga.

Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro, que reorganiza os serviços do Ministério da Saúde e Assistência.

Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime da criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

Decreto-Lei 15/93, de 22 de Janeiro, que define as competências do ME nas actividades de prevenção primária.

Circular Normativa nº 13/DSE, da Direcção Geral de Saúde (DGS), de 10 de Agosto de 1995, que aprova o Programa-tipo de Saúde Escolar.

Despacho 96/ME/90, de 19 de Junho, que cria um Grupo de Trabalho, no âmbito do Projecto Vida, nas vertentes pedagógicas alternativas e actividades extra-escolares.

Despacho 172/ME/93, de 13 de Agosto, que visa institucionalizar o PPES.

Despacho 15 587/99, de 12 de Agosto, DR, Série II, que cria a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde.

Despacho Conjunto nº 271/98, de 23 de Março, que estabelece um compromisso formal no sentido da institucionalização e desenvolvimento da RNEPS.

Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de Abril, que aprova o Regulamento dos Centros de Saúde.

Circular nº 2/97 do PPES, de Setembro, que divulga critérios de alargamento e convida as escolas a aderirem à RNEPS.